

قضايا ومشكلات

الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة

الجزء الثالث

رعاية ذوي

الأمراض العقلية والنفسية

دكتور

سلامة منصور محمد

مدرس مركز معوقات الطفولة

جامعة الأزهر

دكتور

ممدوح السيد الماني

مدرس مركز معوقات الطفولة

١٩٩٨



قضايا ومشكلات

الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة

الجزء الثالث

رعاية ذوي الأمراض العقلية والنفسية

الأستاذ

فهي سعدى منازى

مدرس . م بالمعهد العالى للخدمة

الاجتماعية - الاسكندرية

دكتور

سلامه منصور عبد العال

مدرس بمركز معوقات الطفولة

جامعة الأزهر

(الناشر)

المكتب العلمى للكمبيوتر والنشر والتوزيع

٢ ش الدكتور سامى جنيته - الشاطبي - الاسكندرية



إهداء

إلى الزملاء العاملون بمجال الامراض العقلية
والنفسية عسى أن يكون هذا المؤلف عوناً لهم فى
ميدان العمل .

محتويات الكتاب

ص	
١٣	- التصدير
١٥	الباب الأول : رعاية ذوى الأمراض العقلية
١٧	- مقدمة الباب الأول
١٩	الفصل الأول : الأمراض العقلية
٢١	- مقدمة
٢٢	تعريف المرض العقلي .
٢٤	المرض العقلي بين الخرافة والجهل .
٢٩	تصنيفات الامراض العقلية
٣١	الخصائص العامة للمرض العقلي
٣٣	الذهان الوظيفي .
٣٣	أ. - الفصام .
٣٤	ب. - الهذاء .
٣٦	ج. - الاضطرابات الوجدانية .
٣٨	الذهان العضوى .
٣٩	أ. - ذهان الشيخوخة .
٤٠	ب. - تصلب الشرايين .
٤٠	ج. - الشلل الجنونى .
٤١	د. - جنون الكحول .
٤١	هـ. - جنون المخدرات .
٤٢	إضطراب اللغة والتفكير كمظاهر مميزة للمرضى العقليين .

- ٤٤ ميكانيكية التشابك العصبى التوافقى فى المرض الوظيفى
 لحالة المرض العقلى .
 ٤٦ المشكلات الناتجة عن الأمراض العقلية .
 ٥٣ خاتمة .

٥٥ الفصل الثانى : الفصام

- (" ماهيته - أسبابه - أنواعه - مراحله ")
 ٥٧ - مقدمة .
 ٥٨ - نبذة تاريخية عن مرض الفصام - لمحة تاريخية
 حول إشكالية التصنيف .
 ٦٢ - ماهية الفصام .
 ٦٥ - مدى إنتشار المرض .
 ٦٦ - أعراض الفصام .
 ٦٦ - أسباب مرض الفصام .
 ٨٠ - تقسيم الفصام حسب هيئة الصحة العالمية لسنة ١٩٩١ .
 ٨٥ - الانذار .
 ٩١ - مراحل متابعه للعملية الفصامية .
 ٩٢ - الوقاية من الفصام .
 ٩٧ - خاتمة .

١٠١ الفصل الثالث : الخدمة الاجتماعية ومرضى الفصام

- ١٠٣ - مقدمة .
 ١٠٥ أولاً : أثر البيئة الاجتماعية فى ظهور مرض الفصام .

- ثانياً : العوامل البيئية المهيئة لمرض الفصام . ١٠٦
- ثالثاً : الخدمة الاجتماعية الطب عقلية . ١٠٩
- رابعاً : خدمة الفرد الطبية النفسية . ١١٢
- خامساً : هدف الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية . ١١٣
- سادساً : نظريات الممارسة في الخدمة الاجتماعية مع مرضى الفصام . ١١٤
- أولاً : نظرية الممارسة في الخدمة الاجتماعية . ١١٤
- ثانياً : أهم المداخل المستخدمة في خدمة الفرد . ١٢٠
- أ - التحليل النفسي . ١٢٠
- ب - المدخل النفسي الاجتماعي . ١٢٥
- ج - نموذج المواجهة لمرضى الفصام . ١٢٧
- د - النموذج التبوئي للناقهين من مرضى الفصام . ١٢٨
- سابعاً : خاتمة . ١٣٠

١٣٣ الفصل الرابع : دور الأخصائي الاجتماعي في دعم السلوك الايجابي للفصامي

- مقدمة . ١٣٥
- الشكل التقليدي والشكل الحديث للعلاج النفسي . ١٣٧
- فلسفة العلاج النفسي . ١٣٩
- الأسس العامة للعلاج النفسي . ١٤٠
- ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفصامي داخل المستشفى ويشمل : ١٤١
- أ - مفهوم الدور . ١٤٢
- ب - دور أخصائي خدمة الفرد مع الفصامي . ١٤٢

- ١٤٦ ج - دور أخصائى خدمة الجماعة مع الفصامى .
- ١٥٢ د - دور الاخصائى الاجتماعى ضمن الفريق العلاجى .
- ١٥٤ هـ - دور الأخصائى الاجتماعى داخل مستشفى الأمراض العقلية بوجه عام .
- ١٥٧ - ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفصامى لادماجه مع البيئة الخارجية ويشمل :
- ١٥٧ أ - العلاج البيئى والاجتماعى .
- ١٥٨ ب - رعاية مرضى الفصام فى المنزل .
- ١٦٢ ج - دور الأسرة مع الفصامى .
- ١٦٤ خاتمة
- ١٦٥ - المراجع

- ١٧٥ - الباب الثانى : رعاية ذوى الأمراض النفسية
- ١٧٧ - مقدمة الباب الثانى
- ١٧٩ ، الفصل الخامس : الأمراض النفسية - أسبابها والاتجاهات المفسرة لها .
- ١٨١ - مقدمة .
- ١٨٢ - تعريفها .
- ١٨٣ - حجمها فى المجتمع .
- ١٨٥ - أسبابها
- ١٩٢ - لماذا يعانى الشباب المعاصر منها ؟
- ١٩٣ - أنواعها

٢٢٧ الفصل السادس : التشخيص الاجتماعي للأمراض النفسية في إطار نظرية الدور .

- ٢٣١ - مقدمة .
- ٢٣٣ - المفاهيم الأساسية لنظرية الدور .
- ٢٣٨ - تطبيقات نظرية الدور في المجال النفسي .
- ٢٣٩ - نظرة نظرية الدور إلى تكوين المشكلة أو المرض .
- ٢٤٢ - التشخيص الاجتماعي للمرض النفسي في إطار نظرية الدور .
- ٢٤٦ - العلاج الاجتماعي للأمراض النفسية في إطار نظرية الدور .
- ٢٤٩ - الانتقادات الموجهة لنظرية الدور .
- ٢٥٠ - تعقيب ووجهة نظر المؤلف .

٢٥٣ الفصل السابع : الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في مجال الأمراض النفسية .

- ٢٥٥ - مقدمة .
- ٢٥٥ - نشأة العيادات النفسية وأهدافها .
- ٢٦١ - الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال المدرسي .
- ٢٦٢ - دور الأخصائي الاجتماعي في المجال النفسي .
- ٢٦٣ * مع الحالات الفردية .
- ٢٦٥ * مع الجماعات العلاجية .
- ٢٦٨ * مع المنظمات المحلية .
- ٢٧٠ * مع الفريق العلاجي .
- ٢٧٣ - العلاج بين الصحة النفسية والتنمية .

٢٧٧	الفصل الثامن : العلاج الأسرى فى المجال النفسى .
٢٧٩	- مقدمة .
٢٨٠	- تشاة العلاج الأسرى .
٢٨١	- دواعى الاهتمام بالأسرة والعلاج الأسرى فى المجال النفسى .
٢٨١	- مفاهيم العلاج الأسرى .
٢٨٢	- المشكلة من منظور العلاج الأسرى .
٢٨٣	- أنماط الأسر كما يراها المعالجون الأسريون .
٢٨٧	- العلاقة المرضية ثلاثية الأبعاد ودورها فى حدوث المشاكل الأسرية .
٢٩٣	- مراحل العلاج الأسرى .
٢٩٦	- الانتقادات الموجهة للعلاج الأسرى .
٢٩٦	- تعقيب ووجهة نظر .
٢٩٧	- المراجع

تصدير الناشر

تُعد التغيرات السريعة والتمايز الواضح في الحياة الحديثة ، وكذلك كثرة الاختلافات في المواقف وتعدد الادوار وبالتالي تنوع انماط السلوك أحد الاسباب الاساسية المؤدية لتعقد الحياة الاجتماعية للفرد وانخراطه في مظاهر سلوكية غير سوية واصابته باضطرابات خطيرة في شخصيته .

ويمثل المرض العقلي أحد الاضطرابات الخطيرة في شخصية الفرد في صورة اختلال شديد في التفكير والقوى العقلية بوجه عام وبالتالي عجزه الشديد عن ضبط النفس ورعايه نفسه وسوء التوافق الاجتماعي .

أما المرض النفسي " أو العصاب " فهو إضطراب وظيفي في الشخصية يظهر في صورة اعراض نفسية وجسمية مختلفة ، ينتاب الفرد بسبب عوامل نفسية ليس لها أساس عضوي ويؤدي الى اختلال جزئي في الشخصية يكون فيه المريض لا يزال متصلاً بالحياة الواقعية .

والكتاب الذي بين ايدينا يُعد محصلة خبرة علمية وعملية لمؤلفيه وإضافة علمية جديدة للمكتبة العربية في مجال الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة ، وهو يُعد كجزء ثالث في سلسلة قضايا ومشكلات الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة والتي صدر منها من قبل جزءان * .

* د . بدر الدين كمال ، د . محمد حلاوة ، الجزء الأول : الإعاقة السمعية والحركية ، ١٩٩٦ .

* د . سيد سلامه ، الجزء الثاني : رعاية المسنين ، ١٩٩٧ .

ويأتى هذا المؤلف فى بايين اساسيين ، يتناول فيها الباب الأول رعاية نوى الامراض العقلية وبالتحديد مرضى الفصام وذلك من خلال أربعة فصول رئيسية من الأول الى الفصل الرابع قام بإعدادها باحثة جادة وشابة الأنسة الأستاذة/ نهى سعدى مغازى .

أما الباب الثانى فهو يتناول رعاية نوى الامراض النفسية من خلال أربعة فصول رئيسية من الفصل الخامس إلى الثامن قام بإعدادها باحث جاد وواع ذو خبرة عملية فى المجال النفسى اكتسبها على مر سنوات عديدة الدكتور / سلامة منصور المدرس بجامعة الأزهر .

إن تقديمنا وتصديرنا لهذا المؤلف لهو إعراف صادق لمدى الجهد العلمى المبذول فيه وشكر وتقدير لكل من يساهم فى إثراء سلسلة " الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة " والتي تبناها من قبل اصحاب مؤلف الجزء الأول برعاية وتشجيع لساتذتهم الاستاذة الدكتورة / سامية محمد فهمى استاذ الخدمة الاجتماعية بالمعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالاسكندرية ومؤلفين هذه السلسلة يجدعون شكرهم لساتذتهم وزملائهم الذين ساهموا فى إثراء هذه السلسلة ، مع دعوتهم لساتذتهم وزملائهم بعمل المزيد فى المجالات الاخرى .

والله ولى التوفيق

الناشر

الباب الأول

رعاية ذوي الأمراض العقلية

مقدمة الباب الأول

المرض العقلي أبشع ما يصيب بنى الانسان حيث يفقده نعمة التفكير الصائب ويجرده من سلاح المنطق وقدرة الوعي العقلانى فى الحكم على الأمور فيصبح المريض مسلوب الارادة كالأعشى فى البصر والبصيرة ولما كان العقل هو أرقى ما يميز الانسان عن الحيوان فإن فقدته جزئياً أو كلياً يعتبر كارثة تهبط به إلى درجات سفلى على سلم التطور والارتقاء.

وهذا المرض العقلى ما زال غير واضح فى مفهوم الأفراد والمسؤولين على السواء .. فقد اختلطت الأمور بشأنه فأعتبره البعض شيئاً معيباً وقاضحاً ولا يجوز التعرض بالحديث عنه بينما اعتبره البعض الآخر نوعاً من الخيال والوهم الذى لا أساس له ولا صحة لوجوده وهناك فريق آخر من الناس إستغلوا المرض العقلى للحصول على مادة للتهكم والسخرية والعبث واللهو ولما كان مجال الأمراض العقلية مجالاً واسعاً فقد إختارت الباحثة مرض الفصام لأن نسبة الإصابة به كبيرة.

والخدمة الاجتماعية تنادى بأن المريض العقلى هو أولى بالشفقة والرعاية والاهتمام وهو أحق من أى مريض آخر بتعاون كل الأفراد وأجهزة الدولة المعينة فى الوقوف على أمره والعناية به مع مزيد من الحب والعطف وأيضاً محاولة ضمه إلى صفوف المجتمع ومحاولة سد الثغرات بينه وبين الآخرين وإستعادة ثقته بنفسه وبالغير .

ولقد قامت الباحثة بهذه الدراسة وحاولت من خلالها التعرف على الدور التى تقوم به الخدمة الاجتماعية مع مرضى الفصام فى المجتمع السكندري .

وتقع الدراسة فى أربعة فصول الأول الأمراض العقلية ، أما الفصل الثانى فيدور حول الفصام بطريقة تفصيلية عن هذا لمرض ، والفصل الثالث يشتمل على الخدمة الاجتماعية ومرضى الفصام ، أما الفصل الرابع فهو عن دور الأخصائى الاجتماعى مع الفصامى .

وفى النهاية وضعت الباحثة تصور مقترح لممارسة الخدمة الاجتماعية مع مرضى الفصام ودور الأخصائى الاجتماعى فى الوقاية من مرض الفصام .

وفى النهاية إن شكرت فكل شكرى لله سبحانه وتعالى على توفيقى لظهور هذا المؤلف .

وكل تمنياتى أن يكون هذا المؤلف عن مرضى الفصام من البساطة لأن يعرف القارئ العادى ما الفصام ؟ !

” وإن مرضت فهو يشفين ”

صدق الله العظيم

المؤلفة

نهى سعدى مغازى

الفصل الأول الأمر بالحق والعقلية

مقدمة

" إن ظاهرة المرض العقلي ظاهرة عامة توحد في كافة المجتمعات وعلى مختلف المستويات والطبقات وهذه الظاهرة في إزدياد مستمر كما تشير الكتابات المختلفة في هذا الموضوع وترجع أسباب هذه الظاهرة إلى تعقدها وزيادة متطلباتها وتغير أسلوب الحياة تغيراً واضحاً ظهر في إتساع العلاقات الاجتماعية وتشابكها وتغير أشكالها إلى درجة كبيرة مما أفقدها كثيراً من صفة الكل المتكامل وأصبحت الحياة الانسانية خليطاً معقداً من المثيرات والمواقف ودخل الفرد في تفاعلات كثيرة متنوعة ومتغيرة تضمنت العديد من التحديات المعيشية والضغط الاجتماعية مما عرضه لأشكال مختلفة من الاحباط والصراع وكان من نتيجة ذلك أن أصبح التوتر والقلق يسيطران بصورة أو بأخرى على كثير من الأفراد.

إن التغيير السريع والتمايز الواضح في حياتنا الحديثة جعل من الصعب على الفرد تحديد أبعاد فرديته ومفهومه عن ذاته ، فكثرة الاختلاف بين المواقف التي يواجهها وتعدد الأدوار التي يلعبها وتتنوع أنواع أنماط السلوك التي تتطلبها هذه الأدوار كل ذلك عقد من عملية تكيفه وجعله في كثير من الأحيان يلجأ إلى أنواع من السلوك غير السوي كمحاولات تكيفية غير سليمة يحاول بها حل مشكلاته والتغلب على عوائق بيئته وترك الإحصاءات على زيادة عدد الأفراد الذين يعانون من سوء التكيف وأدى ذلك إلى زيادة الاهتمام بالصحة العقلية لا من حيث الأمراض العقلية فحسب بل من حيث أي مظاهر غير سوية وأصبح السلوك الغير مركز للدراسة من نواحيه المختلفة " (١) .

" والمرض العقلي أو الذهان اضطراب خطير في شخصية الفرد بأسرها يبدو في صورة اختلال شديد في التفكير والقوى العقلية بوجه عام كما يتميز

(١) إنتصار يونس : السلوك الانساني ، مرجع سابق ، ص ٣٦٧ .

باضطراب ملحوظ فى الحياة الانفعالية وعجز شديد عن ضبط النفس مما يحول دون المريض ورعاية نفسه ويمنعه من التوافق الاجتماعى فى مختلف صور التوافق العقلى والمهنى والدينى وغيرها " (١) .

" والأمراض العقلية يمكن تقسيمها إلى أمراض عقلية عضوية ترجع إلى أسباب عضوية وراثية أو غير وراثية ، كتلف فى النسيج العصبى من الزهري أو المخدرات أو تصلب شرايين المخ ، أو كاضطراب هرمونى ، أو اختلال شديد فى عملية الهضم والبناء " Metabolism " ، ومنها الشلل الجنونى العام ، وجنون المخدرات وجنون الشيخوخة .

وهناك أمراض عقلية وظيفية أو نفسية المنشأ ، وهذه الأمراض الذهانية ليس لها أساس عضوى وهى الفصام والنواب وذهان الاضهاد " (٢) . وسوف أتعرض فى هذا الفصل بشئ من التفصيل عن الأمراض العقلية عن مفاهيمها وتضيفاتها وأسبابها وخصاصها واضطراب اللغة والتفكير عند المرضى العقليين كمظاهر مخصصة لهم ثم استعرض للمشكلات الناتجة عن الأمراض العقلية . سواء كانت هذه المشكلات اقتصادية ، مشكلات العلاقات الاجتماعية مشكلات وجدانية ونفسية ، ومشكلات المرض المزمن ، المشكلات السلوكية مشكلات البيئة وإمكانياتها ، مشكلات ناتجة عن الجهل والمعتقدات الخاطئة:

- تعريف المرض العقلى :

١ - " المرض الذى يتناول كافة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والذهنية والشخصية بصفة عامة وتعكس حالات من الشذوذ وإنعدام التوافق

(١) عزيز فريد ، الأمراض النفسية والعصبية (علمياً - تشخيصياً - علاجياً) ، مرجع سابق ، ص ٢٠٧ .

(٢) عباس محمود عوض : المرجز فى الصحة النفسية ، الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٤ ،

والمرض العقلي يعانى فيه صاحبه اختلالاً شاملاً واضطراباً خطيراً فى شخصيته ؛ ويبدو فى صورة اختلال شديد فى التفكير والقوى العقلية .
والعجز عن ضبط النفس ورعايتها والجهل بأسباب مرضه وعدم قدرته على الاستبصار بمشكلته (١) .

- ٢ - " هو يمثل أشد اضطرابات الشخصية خطورة وشمولاً وهى كما تبدو فى صورة اختلال شديد فى القوى العقلية وعجز عن إدراك الواقع أو تحقيق التوافق الاجتماعى فى الحياة اليومية فى كافة صورته (٢) .
- ٣ - " هو اضطراب نفسى واجتماعى غير عضوى يكون الفرد فيه عاجزاً عن حماية ذاته أو كيانه الاجتماعى بصورة لا تمكنه من المشاركة فى الحياة الاجتماعية العادية أو إحراز أدنى من المكافآت السيكولوجية والاجتماعية (٣) .

والأمراض العقلية أو الذهانية ترادف كلمة " جنون " التى تستعملها العامة فى الإشارة إلى شخص فقد قواه العقلية ولكن " الجنون " اصطلاح قانونى .

٤ - " هو كل آفة تعترى الانسان فتؤثر على أجهزته أو قواه التى تهيمن على إدراكه أو اختياره فتفقده أحدهما أو كليهما ، سواء كانت الآفة أصلية أو عارضة وسواء تمثلت فى مرض عقلى أو عصبى أو نفسى أو عضوى (٤) .

(١) عطوف محمود ياسين ، علم النفس العيادى ، بيروت ، دار العلم للملايين ، سنة ١٩٨١ ، ط ١ ، ص ٢٨١ .

(٢) مختار حمزة ، سيكولوجية نوى العاهات والمرضى ، جدة ، دار المجمع العلمى ، ط ٤ ، ١٩٧٩ ، ص ٣١٠ .

(٣) محمد عاطف غيث ، قاموس علم الاجتماع ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩٠ ، ص ٢٨٦ .

(٤) عوض محمد ، قانون العقوبات القسم العام ، إسكندرية ، دار المطبوعات الجامعية ، ١٩٩١ ، ص ٤٧٠ .

٥ - " هو اضطراب عقلي ذهاني شديد وخطير إنفعالياً وعقلياً وسلوكياً وشخصياً ويمثل خللاً في التفكير والقوى العقلية وجهلاً بأسباب المرض وعدم قدرة على الضبط والاستبصار ويتناول كافة جوانب الشخصية وهو عموماً (عضوى) وفيه جانب (وظيفي) (١) " .

المرض العقلي بين الخرافة والعلم :

يحدثنا التاريخ عن وجود قانون في بروسيا ظل معمولاً به حتى سنة ١٢٣٠م يسمح للمرء بالتخلي عن نسائه وأطفاله وإخوانه وأخواته إذا مرضوا وتحل عليه البركات إذا أحرقتهم وأحرق نفسه معهم إن كان مريضاً هو أيضاً . وقد يبدو لنا أن مثل هذا القانون ينطوي على وحشية تتناقض كل القيم الانسانية وقد اتسمت معاملة هؤلاء المرضى بالضبط والقسوة والاضطهاد والجهل والخرافة .. إذا كان المرضى يصفدون بالأغلال وتكوى أجسامهم بالنار ويتعرضون لكل ما يمكن أن يتخيله الذهن من صنوف التعذيب وكانت ولا زالت ألفاظ مثل الجنون والخبل تحمل في طياتها معاني التحقير والاثام والرعب والفرع وهذه الاتجاهات قديمة قدم التاريخ ولا زالت لها روايتها في طيات نفوس الكثيرين مهما بلغوا من علم وثقافة حقاً فالآن نستخدم اللفظاً مثل المرض العقلي والمريض عقلياً لأنها أخف وقعاً على السمع من ألفاظ الجنون والخبل وما إليها ومع ذلك إن كل مريض بمرض عقلي إما أنه يرفض بقاء الحياة التي يحياها الناس ويحبونها وحينئذ كان يهتم بالسحر أو الشعوذة أو إنه يستسلم بسلبية لعجزه عن تقبل هذه الحياة وحينئذ كان يقال عنه مسحوراً وهذا هو الأساس الذي كان من أجله يحرق الناس ويعذبون

(١) عطف محمد ياسين ، أسس الطب النفسي الحديث ، بيروت ، منشورات بحسون الثقافة ، ١٩٨٨ ،

ويسجنون وإن كانت هذه المعاملة قد أنتهت الآن إلا أن لها رواسبها فيما يتعرض له هؤلاء المرضى من تجاهل ورفض بعض الناس لهم .

١ - المجتمعات البدائية :

لقد بنيت الدراسات التي تمت للشعوب البدائية لمحاولة فهم سر الخلقه أن الرجل البدائي كان يعتقد دائماً في وجود مخلوقات حوله لا يراها لكنه يسمع أصواتها مثل صفير الريح وحفيف أوراق الشجر وخريز ماء الأنهار وصوت المطر وزفيف العواطف وتلاطم أمواج البحر وفي صوت الرعد وكانت هذه المخلوقات غير المرئية غامضة وغير متوقعة فتصورها تتقمص الحيوانات (١) .

وغيرها من البشر كما تصوروا أن بعضها شرير وبعضها طيب ومنها القوى الذي يخشى بأسه ومنها الضعيف الذي لا يركن إليه وهكذا نظم آلهته سواء كانت طيبة أو شريرة في شكل طبقى تبعاً لأسبقيتها في العبادة والتبجيل ولما أحسن المسافرين والمكتشف وهو يضرب وحيداً في البدياء أو متسلقاً قمم الجبال أو مخترقاً البحر بأنه ليس وحده .. إذا يوجد لديه الإحساس بأن هناك دائماً من يصحبه أو يرقبه وكلما زاد جهل الانسان بالعالم المحيط به كلما فسر الظواهر على إنها من فعل هذه الأرواح الشريرة . وكان من بين رجال القبائل من هم في نظر أفراد القبيلة أقدر على الاتصال بتلك الأرواح وتطويعها للخير أو للشر فكانوا كهنة القبيلة وعرافيها وسحرتها ومشعوذيها ولجأ إليهم الناس في الأزمات وفي المرض وإيتذع الكهنة أو اكتشفوا بعض العقاقير التي كانت تشفى بعض الأمراض فكانوا مثل الأطباء والمعالجين وكان يتم على أيديهم الشفاء وفي مجال الأمراض العقلية كانت مشكلة المريض غالباً في مجال السلوك وفي مجال علاقاته بغيره ولم يكن لديه ما يشكو منه صحياً إذا كان في العادة . إما يلوم نفسه أو يلوم غيره وحينئذ كان يبدو

(1) Journal of National Association of Social Worker March 1992, Volame 37, Number 2 .

مختلفاً عما كان عليه وكان هذا الاختلاف أو المتغير يعزى إلى شيطان من الشياطين تجسده .. أما إذا كان إله طيب قد تجسده فكان ينطقه بالحكمة وحينئذ تسمو به القبيلة إلى مرتبة الأنبياء ولا زالت مثل هذه المعتقدات سائدة بين كثير من القبائل البدائية .

٢ - المصريون القدماء :

وعلى الرغم من أن العالم يعترف تقدماء المصريين بأنهم الذين وضعوا أساس الطب وأنتبسته منهم شعوب الشرق القديم كاليونان وسكان جزيرة العرب وغيرهم ، وكانت الفكرة السائدة لديهم أن الأمراض تنشأ من غضب آلهتهم أو من تأثير أرواح الموتى وتقمصها لجسد المريض وإملاكه وأن هذه الأرواح بعد دخولها لجسم منها ما يصيب العظام ومنها ما يفتك بالأمعاء ومنها ما يشرب دم المريض أو يعيش على لحمه ويموت المريض من جراء فتكها (١) بأجهزته إلا إذا كان في الاستطاعة طردها قبل أن تسبب أذى جسيماً بجسده ولذا كان من أهم دعائم علاجهم معرفة الطلسم والسحر لطرد هذه الأرواح الخطرة والقضاء عليها بالتعاون والرقى ثم يشرع بعد ذلك في استعمال الدواء والغذاء لمعالجة الأضرار الحسية التي نشأت من دخول الروح الشريرة لجسد المريض وكانوا يعلقون قطعاً من الججارة أو الخشب على رقابهم أو يربطونها بعضو من أعضائهم إلقاء للمرض وكان الكهنة يعالجون هذه الرقى بقراءة الطلاسم السحرية قبل استعمالها وكانوا يعتمدون في معالجتهم على الرقى والعزائم السحرية أكثر من اعتمادهم على العقاقير الطبية (٢) .

(1) Journal of National Association of Social Workers March 1992, Volume 37, Number 147 .

(2) Ibid, P. 143 .

كما كان المريض يتلقى حمامات باردة وساخنة على التوالي مما أدى إلى تدهور هذا الشخص تدهوراً سريعاً بدلاً من تحسن حالته وبالطبع تبعاً لهذا التدهور السريع والمستمر في حالة هذا الشخص كان عليه أن يقضى البقية الباقية من حياته وراء تلك الجدران الأربع والأسوار الحديدية بل ولقد وصل حد قوة المعاملة إلى إجراء عمليات جراحية على المخ لازالة بعض أجزاءه التي كان يظن إنها كانت مصابة بما يطلق عليه مريضاً عقلياً باختصار الشخص المصاب بمرض عقلي في الماضي كان شخصاً منتهياً لحظه دخوله إلى إحدى المصحات العقلية ومع بداية القرن العشرين بدأت فلسفة العلاج النفسي في التغيير تدريجياً وبيبى إلى أن ظهر قانون الصحة العقلية عام ١٩٥٩ في بريطانيا .

حدد بوضوح نوعين أساسيين من المصابين بأمراض عقلية :

أ - الشذوذ البسيط . ب - الشذوذ الحاد .

أ - الشذوذ البسيط :

ويدخل تحت هذا التقسيم الأمراض النفسية البسيطة التي قد يتعرض لها أى فرد في المجتمع كنتيجة للتعدد التكنولوجي وما صاحبه من ضغوط اجتماعية ونفسية وعلى سبيل المثال :

١ - القلق ٢ - الكبت ٣ - النكوص (١) .

ب - الشذوذ الحاد :

ويدخل تحت هذا التقسيم المرضى بأمراض نفسية حادة ، تستدعى علاج نفسى طويل المدى ويحجز بعض المرضى من هذا النوع داخل إحدى المصحات العقلية لمدة قد تطول إلى مدى الحياة ومن أمثلة الأمراض الحادة :

● إستانلى هارون ، مناهج الرعاية الاجتماعية وتطبيقاتها ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية

١ - جنون الهذاء . ٢ - إنفصام الشخصية (١).

" إن حجم مشكلة الأمراض العقلية وخطورتها في المجتمع هو الذي دفع الكثير من الباحثين في ميدان الطب النفسي الاجتماعي إلى الاهتمام بدراساتها حيث دلت الإحصائيات على أن هناك أكثر من (٦٥٦,٠٠٠) شخص قد دخلوا المستشفيات بسبب أن شكواهم من مرض عقلي هذا فضلاً عن ما جملته ٥,٥ مليون من المرضى الذين فضلوا العلاج الخاص بعيداً عن المستشفيات بالإضافة إلى عدد آخر ممن يشكون من أمراض عقلية ولم يتمكن المختصون من حصرهم وإذا كان المرض العقلي يتطلب أعباء وتكاليف تفوق تلك التي تتطلبها الأنواع الأخرى من الأمراض المعدية أو المزمنة ، فلنا أن تنصوبة ما يترتب على هذا المرض العقلي من أعباء وتكاليف تنقل كاهل الاقتصاد القومي .

ولقد حاول الباحثون في سبيل التعرف على خصائص الأمراض العقلية تقديم تصنيف مبدئي للأمراض العقلية إما على أساس عضوي أو على أساس وظيفي بحيث يفرقون في هذا الصدد بين :

- أ - الأمراض العقلية التي لها سبب عضوي .
- ب - الأمراض العقلية التي لها سبب وظيفي .

والأمراض العقلية التي لها سبباً عضوياً من أمثلتها حالات الشلل لدى المصابين بالزهرى والعتة لدى مرضى البلاجرا والمصابين باضطرابات بكتيرية بالمخ وكذلك أمراض الشيخوخة .

أما الأمراض العقلية التي لا نجد لها سبباً عضوياً ويعتبرونها من بين حالات الخلل الوظيفي أن يظهر المرض نتيجة لعدة عوامل نفسية وذلك مثل

الأمراض السيكوسوماتيكية وعلى الرغم من أن الأطباء قد تحولوا في اهتمامهم بعد ذلك بعيداً عن العوامل السيكلولوجية إلى البحث عن العوامل الطبيعية المسببة للمرض متأثرين في ذلك بالاكشافات الطبية، ربيعة لأسباب بعض الأمراض وطرق علاجها إلا أن هذا الاتجاه سرعان ما طرأ عليه التعديل بفضل جهود (فرويد) وغيره من علماء التحليل النفسي، في البحث عن الأسباب غير العضوية للمرض العقلي (١).

التصنيفات الاكلينيكية العالمية للأمراض العقلية :

١ - التصنيف الأمريكي ١٩٩٢ :

وهو التصنيف المعتمد في معظم مستشفيات وجامعات العالم ويشكل خاص في البلدان الغربية الرأسمالية ومعظم دول العالم الثالث .

١ - أمراض التخلف العقلي .

Mental Subnormality .

٢ - الأمراض العصابية .

The Neuroses.

٣ - الأمراض الذهانية الوظيفية (غير عضوية)

Functional or Non Organic Psychosis .

٤ - اضطرابات الشخصية .

Personality Disorders.

٥ - الأمراض الذهانية العضوية (غير المزمنة) .

٦ - الأمراض السيكوسوماتية .

Psychosomatic Disorder.

(1) S.Kirson : Weinberg, Types of Family Patterns That Contribute to mental Disorders, in : S.K. Weinberg, The Sociology of mental disorder, P. 88 .

٧ - اضطرابات مؤقتة مؤقتة .
Situational or Transient Disturbances .

٨ - الاضطرابات السلوكية للأطفال .
Children Behavioral Disorders .

٩ - الأعراض الخاصة .
Special Symptoms .

١٠ - الاضطرابات الاجتماعية (بدون أعراض عقلية) (١) .
وسوف تقتصر الباحثة على عرض الأمراض الذهانية العضوية
والأمراض الذهانية الوظيفية حيث أنهما موضوع الدراسة لهذا الفصل .

أولاً : الأمراض الذهانية الوظيفية (غير العضوية) :

وتشمل ثلاثة أمراض رئيسية :

- أ - الفصام بكافة أشكالها .
- ب - البارانويا وذهان الاضهاد أو الزور .
- ج - الاضطرابات الوجدانية العاطفية .

وتشمل الأمراض التالية :

- ١ - الكآبة والهوس الدوري . ٢ - الكآبة الذهانية .
- ٣ - الهوس أو (المرح الدوري) . ٤ - إكتئاب سن اليأس (الميلانحوليا) .

ثانياً : الأمراض الذهانية العضوية (غير المزمنة) :

ذهانية حادة وهي نوعان :

- أ - هذيان حاد .
- ب - هذيان تحت الحاد .

(١) عطوف محمود ياسين ، أسس الطب النفسي الحديث ، مرجع سابق ، ص ١٠٤ : ص ١٠٦ .

٢ - التصنيف السوفيتي للأمراض العقلية :

- ١ - ينبثق التصنيف الروسي من ضرورة التعاون بين (كافة التخصصات) الطبية والعصبية والنفسية والاجتماعية لتشخيص وعلاج المرض العقلي والمرض النفسي ، والاعتماد على التجارب المختبرية منذ أيام بافلوف .
- ٢ - ينبثق هذا التصنيف من (المادية الماركسية) مع التركيز على الفيزيولوجيا العصبية وألوية (المجتمع والجماعة) في إحداث المرض وفي شفائه أيضاً .
- ٣ - يؤكد هذا التصنيف في (منهج علاجه) على أهمية (الصحة الاجتماعية) للفرد باعتبارها الركيزة الأساسية للبيئة هي مصدر المشاكل وبها مكان العلاج حين نعيد صياغتها وتغييرها سلوكياً واجتماعياً وايدلوجياً . فتألمهم أن نتعامل مع (الأسباب للمرض ، لا مع الأعراض) (١) .

الخصائص العامة للمرض العقلي :

- ١ - إن المرض العقلي لا يتناول جانباً واحداً في الشخصية كالنفس العصابي وإنما تصاب فيه كافة جوانب الشخصية .
- ٢ - المرض العقلي ينفصل به المصاب عن الواقع كلياً .
- ٣ - في المرض العقلي إصابة الجهاز العصبي حتمية .
- ٤ - الشفاء والعلاج للمرض العقلي صعب وطويل ويحتاج لعلاج مكثف والمريض عقلياً يعارض العلاج ويرفض التعاون مع الطبيب النفسي لأنه لا يحس مطلقاً بمشكلاته لاتعدام قدرته على الاستبصار والوعي .
- ٥ - المرض العقلي تلعب فيه الوراثة والاستعدادات الجينية دوراً رئيسياً .

(١) المرجع السابق ، ص ١١٠ .

- ٦ - المرض العقلي لا يسأل المصاب فيه مسؤولية قانونية وغالباً ما يجب عزله حين يكون خطراً على نفسه أو على الآخرين .
- ٧ - في حالات نادرة يتداخل المرض العقلي مع الحالات النفسية من حيث المصدر والدرجة والطبيعة والعلاج .

الأعراض الإكلينيكية العامة للذهان :

- ١ - اضطراب واضح في سلوك الفرد وتشوش في محتوى ومجزى التعبير عن التفكير . إن الفرد الذهاني " Psychotic " منفصل نهائياً عن الواقع ليس لديه قدرة الاستبصار لعلته وهو لا يشعر بمرضه ويرفض العلاج والتعاون مع الأخصائي بشدة لاعتقاده بأنه لا يعاني من أى مرض ، بينما العصابى يحسن بمشكلاته ويتقبل المساعدة .
- ٢ - عدم قدرة الفرد على التركيز والوضوح .
- ٣ - اللجلة أحياناً أو السرعة الزائدة فى الكلام والحركة ، والألفاظ غير المنطقية ذات المحتوى المضطرب .
- ٤ - ضعف شديد فى إدراك أو تكوين علاقات بين المفاهيم والأشياء .
- ٥ - خلل عام فى الشخصية والسلوك دون الاقتصار على جزء منها .
- ٦ - سوء توافق واضح وقاضح فى التكيف المهني والعائلي والشخصي .
- ٧ - عزلة وانطواء وانسحاب من المجتمع وعدم قدرة على التأقلم مع المواقف .
- ٨ - بطء واضح فى العمليات العقلية وإرتباك واضح فى الوظائف الذهنية واضطراب فى النشاط الحركي أو ازدياد حركي غير إعتيادي .
- ٩ - وجود هذات وهلاوس ذات أساس وهمي .
- ١٠ - اضطراب واضح فى الانفعال ، وحساسية مفرطة وزائدة وخلل فى مفهوم الذات ، وعدم الثبات على شئ معين أو محدد ، والقلق والخوف

والتناقض الوجدانى ، ووجود مشاعر الذنب الشاذة ، والتفكير من حين لآخر فى الانتقام الذاتى والتعذيب والانتحار (١) .

وسوف أستعرض الذهان الوظيفى والعضوى .

أولاً : الذهان الوظيفى :

أ - الفصام .

ب - الهذاء " البارانويا " .

ج - الاضطرابات الوجدانية .

أ - الفصام :

الفصام هو أكثر الأمراض العقلية إنتشاراً حيث يصيب حوالى ١,٥ ٪ - ١,٨ ٪ من مجموع السكان ويكون المفصومون أغلبية مرضى مستشفيات الأمراض العقلية فهم يكونون حوالى ٢٢ - ٣٣ ٪ من الذين يدخلون مستشفيات الأمراض العقلية لأول مرة وتبلغ نسبة المفصومين حوالى ٥٠ ٪ من المرضى العقلين المزمنين الذين يقيمون فى مستشفيات الأمراض العقلية .

ويطلق على هذا المرض أحياناً اسم " الخبل المبكر " إذ أنه يحدث فى الفترة المبكرة من الحياة تمييزاً له من خبل الشيخوخة . والواقع أن الخبل المبكر ذهان يصيب الشباب [فإنه] على الرغم من أن بعض الحالات تصيب جميع الأعمار من الخامسة حتى السبعين فإن الغالبية العظمى من الحالات تبدأ خلال العقد الثالث (٢) .

(١) عطف محمد ياسين ، علم النفس العيادى ، مرجع سابق ، ص ٢٨٢ : ٢٨٥ .

(٢) مختار حمزة ، سيكولوجية نوى المعاهات والمرضى ، مرجع سابق ، ص ٣١٧ .

ولا اعتقاد البعض بأن بداية هذا المرض تكون في فترة المراهقة وعندما اكتشف بأن هذا الانعدام للتكيف لم يكن مقتصرأ على الشباب فإن الاصطلاح القديم قد أستبدل بالاصطلاح الجديد الذي سُمي بـ " الشيزوفرينيا " وهي كلمة مكونة من شقين الأول (شيزو) ويعنى فصام والثاني (فرينيا) ويعنى العقل أو الشخصية (١) .

أسباب المرض :

الشيزوفرينيا مرض وراثي متعلق بالجينات وقد تعجل بعض العوامل الخارجية مثل الضغوط النفسية الاجتماعية والجسمانية بظهور المرض ولكنها لا تسبب حدوثه وحدها .

١ - . العامل الوراثي : ويشمل (الوراثة المرضية - الشخصية القابلة للإصابة بالمرض - التكوين الجسمي) .

(٢) - . العوامل المكتسبة : وتشمل (عوامل نفسية اجتماعية - عوامل جسمية) (٢) . وسوف نتعرض الباحثة للفصام بشئ من التفصيل في الفصل الخاص عن الفصام .

ب - الهذاء (البارانويا) :

أهم ما يميز مرضى البارانويا التشكك وتوهم المريض بأن الناس يتكلمون عنه ويتآمرون . عليه ويضطهدونه ويهذي أصحابها بأصوات الاتهام المسموعة ويعيشون في خوف دائم من أولئك الذين يترصدون بهم وكل تفكير المصابين بهذا المرض مركز حول ذاتهم وخوفهم على هذه الذات وهم غير مستعدين لأن يغيروا

(١) نوري الحافظ ، التكيف وانعكاساته الايجابية ، بدون ، المؤسسة العربية للدراسات والنشر ، بدون ،

ص ٢٨٤ .

(2) Omar Al - Garem, Al Garem's Clear Psychiatry, Aex, Der Al Maaref, 1985, P. 147 .

أفكارهم بل يصرون عليها ويتشبثون بها ويقفون بجانبها ضد أى حقائق أو وقائع تعترضها في العالم الخارجى ، فلا قيمة لهذه الحقائق والوقائع فى نظرهم إلا بقدر ما تدعم وتقف بجانب مشاعرهم التى يتمسكون بها ولا يفتنع بغيرها . وقد يستطيع أن يقنع بها غير (١) .

والهذاء أقل إنتشاراً من الفصام فالهذاء يمثل حوالى ٢٪ من نزلاء مستشفيات الأمراض العقلية ولكن نسبة إنتشار الهذاء فى المجتمع لاشك أكبر من هذا الرقم ، خاصة إذا علمنا أن ذكاء المريض يمكنه من تجنب دخول المستشفى ويكثر ظهور الهذاء فى منتصف العمر أى فى مرحلة الرشد خاصة فى الأربعينيات أكثر مما يشاهد فى مرحلة الشباب ويشاهد لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث وهو أكثر إنتشاراً بين المطلقين .

أهم أعراض الهذاء :

① - هذاء الاضطهاد أو توهم الاضطهاد " Delusions of Persecution " وهنا يعتقد المريض أنه شخص مضطهد مظلوم يسئ الناس معاملته وأن الآخرين يحاولون ويخططون لايدائه وتحطيمه وكثيراً ما يذكر المريض بياناً مفصلاً عن خطة كبرى دبرت لدس السم له أو لحبسه أو لقتله ، يوجه الاتهام عادة إلى البارزين من رجال المجتمع أو إلى الجمعيات المعروفة ، كما تكون لدى المريض أحياناً خطط مفصلة للدفاع عن نفسه ضد هذا الاضطهاد .

(١) سعد جلال ، فى الصحة العقلية والأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية ، القاهرة ، دار

٢ - هذاء العظمة أو توهم العظمة " Delusions of Cranider " وهنا يعتقد المريض أنه شخص عظيم ، واسع الثراء ، شديد البأس ، وقد يحدث أحياناً أن يسلك مريض كأنه ملك فى المنفى ، أو مخترع عظيم سرق منه اختراعه ، أو نبى مرسل ، أو قائد مغوار . وقد يعتقد أن لديه قوى خارقة أو سحرية ، ويلاحظ عليه الحديث عن الذات والتعالى والمباهاة والمفاخرة وتبنى أهداف غير عملية مستحيل تحقيقها . ويلاحظ عليه أيضاً تقلب المزاج وحدة الطبع والاستياء والغضب والعدوان .

وهناك أنواع أخرى للهذاء بأسماء مختلفة كثيرة مثل الهذاء الجنسى وهذاء المشاكسة وهذاء الغيرة وغيرها وأعراضها تتضمن أعراض الاضطهاد أو العظمة أيضاً .

وإننا نجد بعض أعراض الهذاء لدى الشخص العادى الذى يتخير لمبدأ خاطئ لا يقبل فيه مناقشة ولكنه بالافتناع يمكن أن يغير رأيه ويعترف بخطئه . أما الهذاء المرضى فهو جزء من تكوين شخصية المريض ولا يمكن أن يحيد عنه (١) .

ج - الاضطرابات الوجدانية :

من الممكن أن نعد الأشخاص القهريين المغرمين بالنظافة أو بالمراجعة أشخاصاً لهم أطوار غريبة بدرجة معتدلة ، ولكن سلوك هؤلاء المبتلين بالاكنتاب يعد مضطرباً حقاً ، ويؤثر فى قدرتهم على العمل والحياة . والأعراض الأساسية للاكنتاب هى كما يلى : الحزن الشديد ، الانقباض ، تقلب الحالة المزاجية ، الشاؤم ، الاحساس بالفشل ، نقص الاشباع ، قلة الرضا ، الاحساس بالذنب ،

(١) مختار حمزة : سيكولوجية نوى العادات والمرضى ، مرجع سابق ، ص ٢٢٥ : ٢٢٧ .

احساس الشخص بأنه كما لو كان يعاقب ، كره الذات وعدم توقيرها والخط من قدرها ، وإتهام الذات ، والنزعات الانتحارية ، البكاء ، القابلية للاستثارة ، الانسحاب الاجتماعي ، التردد وعدم الحسم ، تشوه صورة الجسم ، الكف عن العمل ، اضطراب النوم ، سرعة التعب ، فقدان الشهية ، نقص الوزن ، الانشغال بالشكاوى الجسمية ، نقص الطاقة ، وفقد الدافع الجنسي ، اليأس والقفوظ ، العجز ، الانعزال ، عدم الاهتمام بالمظهر الخارجى .

ويشعر المكتتبون بأنهم لا حول لهم ولا قوة ، وأنهم مهملون ويمر عليهم الوقت ثقيلًا بطيئًا ، وقد ينتج ذلك عن عدم ممارستهم لآى نوع من السلوك المسار فالحب والجنس والطعام والعمل والهوايات والترفيه كلها أشياء لا ترقعهم ، ومن ثم ينسحبون منها ويبتعدون عنها ولا يكثرثون بها .

وقد دلت البحوث على أن هناك شخصاً من كل خمسة أشخاص تقريباً سوف يعانى على الأقل فى فترة من فترات حياته من اكتئاب واحد شديد ، ويتعرض للاكتئاب كل من الطلاب والموسيقيين والعمال والأطباء والكتبة والأطباء النفسيين وربات البيوت وغيرهم .

يعد الاكتئاب جزءاً من مجموعة من الاضطرابات الوجدانية (Affective disorders) التى تتدرج تحت أكثر أشكال السلوك الشاذ أهمية . وتتضمن الاضطرابات الوجدانية ، إلى جانب الاكتئاب ، أعراضاً شديدة تضم فترات من الفرح والمرح (Elation) والانشراح (Euphoria) تسمى فترات الهوس Mania ، فضلاً عن تناوب التآرجح بين الابتهاج والاكتئاب المسمى بالاضطرابات الوجدانية ثنائية القطب (Bipolar affective disorders) .

وعلى الرغم من أن الأمزجة الموجبه أو المبتهجة قد لا تمثل مشكلة بالنسبة للشخص الذى يمر بها ، فإن فترات الهوس يمكن أن تصبح شديدة جداً وشاذة ويدخل الفرد أبنها فى حالة من الفرح والمرح الشديدين ، كما يمكن أن يشعر الفرد أثناءها بقدرات ذاتية منجزة ومبدعة لا يمتلكها فى الحقيقة ، وتكون أفكاره ولغته شديدة الطلاقة ، يحب التحدث كثيراً ، ويغير من موضوعاته ، ويبدو حديثه سريعاً منوع المجالات ، مع شعور بالسطحية والخفة والمزاجع المرتفع ، والسرور والانشراح والابتهاج والاندفاع وسرعة الغضب والحاجة إلى الناس ، ويقرر المرضى فى هذه الحال أنهم لا يحتاجون إلى نوم كثير ويشعرون بصحة جيدة ويحبون أنفسهم ويرضون عنها ويتقنون بها ، كما يذكرون أنهم يرون أنفسهم على أنهم يثيرون جنسياً ، مع رؤية أشياء غير حقيقية (١) .

ثانياً : الذهان العضوى :

له أسباب فسيولوجية معروفة ومن أمثلته :

- ١ - ذهان الشيخوخة .
- ٢ - تصلب الشرايين .
- ٣ - الشلل الجنونى العام .
- ٤ - جنون الكحول .
- ٥ - جنون المخدرات (٢) .

إن الذهان العضوى سببه أى عطب أو تلف فى الجسم يمكن اكتشافه بالفحص الاكلينيكي أو بالتحليلات اللازمة أو تحت المجهر وإن الأعراض العقلية صادرة من تغيرات فسيوكيميائية وباثولوجية فى الجسم ويمكن تلخيص أسباب الذهان العضوى تحت المجموعات الآتية :

(١) أحمد محمد عبد الخالق ، أسس علم النفس ، الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٩ ، ص

٦٥٤ : ٦٥٥ .

(٢) إيتصار يونس ، السلوك الانسانى ، مرجع سابق ، ص ٣٩٦ .

- ١ - اضطرابات التمثيل الغذائى (الأيض) .
 - أ - أمراض الكبد .
 - ب - أمراض الكلية .
 - ج - السكر (١) .
 - د - مرض البورقريا .
- ٢ - نقص الفيتامينات :
 - أ - ب^١ (برى برى - مرض ترنيك) .
 - ب - حامض النيكتينك (البلاجرا) .
 - ج - ب^٢ و حامض الفوليك .
- ٣ - أمراض الغدد الصماء :
 - أ - الغدد الدرقية .
 - ب - الغدد جارات الدرقية .
 - ج - النخامية .
 - د - الجنسية .
 - هـ - الغدد فوق الكلوية .
- ٤ - نقص الأكسجين فى الدم .
- ٥ - اضطراب الأملاح والمعادن فى الجسم .
- ٦ - أمراض شرايين المخ .
- ٧ - الحميات .
- ٨ - ذهان الحوامل والولادة .
- ٩ - أمراض الجهاز العصبى .
- ١٠ - الصرع .
- ١١ - ذهان السموم (٢) .

١ - ذهان الشيخوخة :

تبدى حالات الشيخوخة غير المختلطة بغيرها صورة بسيطة تمثل بالضبط ما تتضمنه التسمية : إنحلال العقل فى الشيخوخة وقد تعاني الجواس والغدد والجلد والشعر لدى عدد من الطاعنين فى السن من التغيرات المميزة للشيخوخة كما

(١) أحمد عكاشة ، الطب النفسى المعاصر ، القاهرة . مكتب الانجلو المصرية ، ١٩٩٢ ، ص ٤١١ .

(٢) المرجع السابق ، ص ٤١٢ .

يصاب الدماغ بنوع مماثل من الانحلال أيضاً فيقل وتتكمش التلافيف وتصاب كثير من الخلايا العصبية بالانحلال أما الأعراض الذهنية فإنها تظهر تدريجياً . والأعراض الأولى عادة تنحصر في ضعف الذاكرة للأمور القريبة فلا يستطيع (١) العجوز أن يذكر الأشخاص الذين قابلهم قريباً وإن كان لا يزال قادراً على استحضار ذكريات الطفولة بكثير من التفاصيل . ثم يعقب ذلك طوراً آخر من الخبل فينسى المريض حتى الأمور التي تعلمها منذ زمن طويل ويصبح غير قادر على ذكر اسمه أو عمره أو مهنته السابقة . على أن تدهور الذاكرة قد يكون غير منتظم في بعض الحالات .

٢ - تصلب شرايين الدماغ :

يسير تصلب شرايين الدماغ من تصلب الشرايين الأخرى ، وهو يوجد عادة في الشيخوخة ويؤثر تأثيراً خطيراً على تغذية الدماغ فيؤدي إلى مضاعفة أعراض خبل الشيخوخة شدة . كما أن ارتفاع ضغط الدم مع تصلب الشرايين قد يؤدي إلى انفجار بالشرايين الدماغية يتسبب عنه أذى موضعي في الدماغ . ويعرف الانفجار المفاجئ لأحد الشرايين الدماغية باسم " السكتة الدماغية " فيفقد الفرد وعيه فترة من الزمن ثم يصاب بعجز حركي كشلل في أحد جانبي الجسم وكثيراً ما تصحب السكتة خبل الشيخوخة .

٣ - الشلل الجنوني العام :

يطلق على هذه الحالة أيضاً اسم " الخبل الشللي " وهي الذهان الرئيسي الذي يتسبب عن الزهري . ويتوقف تشخيصها على وجود علاقات فسيولوجية معينة كما يتوقف أيضاً على ظهور أعراض خاصة مميزة . ويفحص سائل النخاع

(١) مختار حمزة ، سيكولوجية نوى العاهات والمرضى ، مرجع سابق ، ص ٣١٢ .

الشوكى فى حالة الاشتباه بطريقة واسرمان فإذا كانت النتيجة إيجابية كان هذا دليلاً على إصابة الجهاز العصبى بالزهرى وعلى الرغم من أن حالات الشلل جميعاً تنتج عن الزهرى فإن ثلاثة بالمائه فقط من الذين يصابون بعدوى الزهرى يحدث لهم هذا الذهان .

تطور الشلل :

السن النموذجية لبدء ظهور الشلل متوسط العمر ، بعد عشر سنوات إلى عشرين سنة من العدوى الأولى بالزهرى ، ثم يأخذ بعد ذلك دوراً طويلاً فى تطوره فى الفترة الأولى أو التمهيديّة نلاحظ التغييرات الأولى فى المزاج الرامن والحكم والخلق وقد يحدث بسبب ضعف الذاكرة وخطر الحكم أن يرتكب الشخص أخطاء فى عمله تسبب له فى بعض الأحيان خسارة مالية كبيرة ، كما يبدى تقلبات مزاجية فيكون أنا متفائلاً أحقق ويكون أنا آخر فى حالة هبوط عميق (١) .

ويطرد نشوء الطور الثانى أو طور الاكتمال للشلل من الطور تدريجياً . فتبدو الأعراض فى هذا الطور شاذة بصورة لا مجال للخطأ منها إذ يسير المريض عادة بطريقة متعثرة غير متأثرة ويغلظ صوته بعجزه عن ضبط العضلات المستعملة فى الكلام ويصاب " بنوبات " تشنجية أحياناً . أما من الوجهة العقلية فإنه يبدى خيلاً مفرطاً فى ازيادة وكثيراً ما يفقد القدرة على التوجه فى الزمان والمكان وفى هذا الطور يمكن تصنيف نماذج كثيرة من الشلل ، فالنموذج البسيط من الخبل يسير إلى الانحلال وحسب ، أما النموذج المنتشر فإنه يبدى هذياناً عظيمة غير منظمة ، ومثل هذا المريض يبدو سعيداً ثرثاراً ويذكر قصصاً مخيفة عن قوته أو قدرته الجنسية أما النموذج " المنهبط " فإنه يبدى هذياناً سوادية

(١) المرجع السابق ، ص ٢١٢ - ٢١٥ .

فيعتقد أن أعضائه الداخلية في طريقها إلى الزوال أو أن العقاب يبذل به لما ارتكب من ذنوب . ويبدو أن هذيانات التعاطف هي أكثرها إنتشاراً . .

أما في طور الثالث أو " النهائي " من المرض إذا لم يكن العلاج الفعال قد أوقف سيره فإن الرعدة لا تفارق المريض ، كما أنه يكون في حالة هزال شديد، عاجزاً مشلولاً وتختص الهذيانات مع الخبل المطلق وتكون النهاية الموت (١).

اضطراب اللغة والتفكير كمظاهر مميزة للمرضى العقليين :

تعد اللغة من الخصائص التي اختص بها الله بنى البشر لينفردوا عن سائر مخلوقاته ومن المتفق عليه الآن أن الإنسان وحده هو القادر على استخدام اللغة منطوقة ومكتوبة لتحقيق الاتصال والتواصل بأبناء جنسه على اختلاف بيئاتهم، وتعتبر اللغة من أشد وظائف الإنسان للإنسانية فلا وجود لها في عالم الحيوان وإن كان هذا القول لا يعنى إنكار وجود مقدماتها في مستوى القردة العليا ولكنها مقدمات عقيمة من هنا كان إهتمام الباحثين (٢) باللغة عند المرضى العقليين حيث إنها هي الأداة الأولى للتكيف الاجتماعي كما أنها تعكس فكر الإنسان ، كما أن اضطراب اللغة بالإضافة إلى اضطرابات الوظائف الأخرى هو المفتاح الذي يفصح عن جوهر الاضطراب الذي يعانيه المريض قبل أن يظهر في سلوكه وقيل أن يلفت هذا السلوك نظر الأهل والمحيطيين إلى الخطر المحدق بأنهم أو إبناتهم فيدفعهم إلى المسارعة إلى علاجه واللغة أهمية مزدوجة من ناحية الشكل ومن ناحية الموضوع أما من ناحية الشكل فإنها كمظهر حركي يسرى عليه كثيراً مما

(١) المرجع السابق ، ص ٣١٥ - ٣١٦ .

(٢) مجلة الطب النفسي الاسلامي ، السنة الثامنة - العدد ٣٥ يوليو - ١٩٩٣ ، ص ٢٩ .

ذكر فى التغيرات التى تطرأ على الحركة كالقلة والبطء والتوقف وهو من ناحية الموضوع يدل على محتوى التفكير سواء كانت هذه المحتويات مضطربة أو سليمة فالكلام قد يختلف من حيث الكم والسريان ومدى تحقيقه لوظيفته الاجتماعية ، من هنا كان اهتمام الباحثين باللغة عند المرضى العقليين مؤكدين على أن المرض العقلى هو اضطراب شديد يصيب تكامل الشخصية ويؤثر فى علاقات الشخص الاجتماعية مما يتطلب معه التدخل العلاجى ومن أكثر الأمراض العقلية التى يظهر فيها اضطراب اللغة جلياً واضحاً مرض الفصام والهوس والاكتئاب .

وقد يسأل لماذا الفصام ؟

لأن هذا المرض من بين الأمراض العقلية ذات النسب المرتفعة فى الانتشار وترى بعض التقديرات أن الفصام يصيب حوالى ٠,٨٥% إلى ٣% من المجموع العام للشعب فإن كان تعداد مصر خمسين مليوناً يكون عدد الفصانميين قرابة ٢ مليون وأيضاً مرض الفصام من الفئات الاكلينكية التى لاقى سلوكها اللفظى الدراسة والاهتمام فى الخارج وهناك ما يشير إلى وجود اضطراب يلحق بهذا الجانب من جوانب السلوك ونحن فى مصر نرغب فى الوقوف على أشكال اضطرابه فى اللغة العربية .

اضطراب التفكير عند المرضى العقليين :

تعد اضطرابات التفكير سمة رئيسية عند مرضى الفصام وقد تركزت النظرية العلمية لهذا المرض فى اضطرابات التفكير سواء كانت هذه النظرية سيكولوجية أم طبية أم فسيولوجية ويؤدى هذا الاضطراب فى التفكير إلى التأثير فى العمليات العقلية العليا .

وركزت معظم دراسات اضطراب الكلام على اضطراب التفكير
التصورى والسؤال الآن هل اضطراب التفكير له علاقة باضطراب اللغة ؟

فالإجابة على هذا السؤال ليست يسيرة ويكتنفها قدر من الغموض وعدم
الحسم وقد سبق وأن رأينا إنه لم يكن هناك فرق بين دراسة اللغة والتفكير مما دعا
(كريبيلن وبلويلر) لدراسة اللغة باعتبارها دراسة للتفكير (١) .

ميكانيكية التشابك العصبى التوافقى فى المرض الوظيفى لحالة المرض العقلى :
قد يكون الذين يمرضون عقلياً ، هم الذين لا يستطيعون أن يتكيفوا عندما
يواجهون كميات أو أنواعاً شاذة من الرسائل الكيميائية أى لا يمكنهم تهدئة آثارها
المهيجة ولقد بين (جون جريفيت) أنه على الرغم من ظهور الفصام العقلى مع
جنون العظمة فى جميع الأشخاص الذين وضعهم تحت التجربة عندما أعطاهم
عشرة ملليجرامات من الامفيتامين كل ساعة - فإن معدل الاختلافات الفردية فى
مقاومة تلك المجموعة من الأعراض كان ملحوظاً فإن أحدهم أصبح يعانى جنون
العظمة خلال ساعات بينما استغرق ذلك من عدد منهم عدة أيام فهل فى الامكان
أن تكون هذه الاختلافات الفردية إنعكاساً لطاقات الميكانيكيات التشابكية المركزية
فى الأشخاص المختلفين ؟

ومما يثير الاهتمام ملاحظة النمو المتوازى للفكر فى التحليل النفسى فقد
إفترض " فرويد " عاملاً قد يودى إلى المرض العقلى ، وقد أطلق عليه إسم " القلق
العصبى " وكان أول ما فكر فيه حول العامل المسبب لمعظم الأمراض العقلية هو
أن الطاقة الغريزية (Libido) المكبوتة ، يمكن أن تتحول إلى قلق وقد عبر

(١) المرجع السابق ، ص ٢٩ : ص ٣٠ .

(وبلهلم راىخ) عن هذه النظرية بطريقة مادية للغاية إذ كتب عن الإشباع الجنسى أنه بمثابة العلاج الناجح الكامل (١) .

وفيما بعد وضع فى إعتباره أهمية وظائف (الأنثى) المثبطة فى إتجاهها الذاتى الممل لتلطيف الآثار الخارجة على السيطرة وبعد ذلك لفترة أخرى أصبح ذلك بمثابة الوساطة بين متطلبات الذات والمجتمع (الذات العليا) واتخذ نظرية تفيد بأن الفارق بين الصحة والمرض يكمن فى قدرة الفرد على التلطيف والسيطرة على الغريزة لديه وقد وجه الذين جاءوا بعد فرويد والفرويديون الجدد تركيزاً شديداً على سيكولوجية "الأنثى" وعلى القدرة التكيفية والسيطرة ، كإنداز منبى بالمرض العقلى أو بالنجاح فى الحياة ولقد أكد السيکوباتولوجيون الاختباريون والباحثون أيضاً على هذا البعد مثلاً قام " لويل سنورمز " بالاشتراك مع " وليام بروين " بوضع نظرية باثوسيکولوجية عن الشيزوفرينيا ، تفترض عيباً فى هؤلاء المرضى يتميز بقصور فى القدرة على تلطيف حالات الاثارة فإن هذا يحدث تعميماً زائداً فى الإدراك والمعرفة ، مما يؤدى إلى خلل مميز بالفكر ولقد تمكنا من تأييد هذه النظرية بواسطة تجارب معملية وبعد دراسة لمجموعة من الأطفال الدنمركيين من أمهات المريضات بالشيزوفرينيا دامت عدة سنوات تمكن دكتور " سارنوف مرنیک " من التمييز بين الأطفال الذين سوف يمرضون وأولئك الذين سوف لا يمرضون على أساس قدراتهم الفردية على إخماد الاستجابات اللاإرادية للمؤثرات المفزعة ولقد ظهر الذين سيصبحون مرضى - فيما بعد - أنهم غير قادرين على تحمل المؤثرات المسببة للضغوط وقام " هانيزليمان " و " توماس بان " فى عملها لبيان شرح الرموز الكتابية السيکوباتولوجية للاضطرابات العقلية

(١) أرنولدج . ماندل ، البيولوجيا فى خدمة الانسان فى الصحة .. والمرض . وتحديد النسل (ترجمة د.

توماس بطرس روفائيل) ، مطبوعات كتابي ، الاسكندرية . ١٩٧٢ ، ص ٢٢٨ .

يوصف مجموعة فرعية من مرضى الشيزوفرينا الذين لم تتعود إستجاباتهم للتوجيهية للتعرف المتكرر (١) .

المشكلات الناتجة عن الأمراض العقلية :

- المشكلات الاقتصادية .
- مشكلات العلاقات الاجتماعية .
- المشكلات الوجدانية والنفسية .
- مشكلات المرض المزمن .
- المشكلات السلوكية .
- مشكلات البيئة وإمكانياتها .
- المشكلات الناتجة عن الجهل والمعتقدات الخاطئة .

أولاً : المشكلات الاقتصادية :

يتسبب المرض العقلي في الكثير من المشاكل الاقتصادية وتبدو واضحة في المستشفيات العامة حيث يذهب إليها فئات ذات مستوى اقتصادي معين وهذه المشاكل قد تدفع المريض إلى مقاومة العلاج ورفضه أو تكون سبباً في إنتكاس المرض وتأخير الشفاء .

- ١ - المرض وخاصة إذا كان مفاجئاً وإذا تضمن جراحة مثلاً فإنه يؤثر في ميزانية الأسرة لا تتحمل تكاليف العلاج ويؤثر ذلك في خطة الأسرة في حياتها وقد تضطر إلى الخروج عن المألوف في نظام حياتها .
- ٢ - إذا كان المريض هو العائل الوحيد لأسرته وليس له أي دخل أو مورد آخر وخاصة إذا تسبب دخوله المستشفى إلى إنقطاع هذا الدخل فإن

(١) المرجع السابق ، ص ٢٢٩ .

الأسرة تواجه موقفاً قد تضطر فيه إلى الاستدانة أو بيع الممتلكات أو خروج الابناء من دراستهم أو خروج الزوجة إلى العمل .

٣ - يأبى الكثير من الناس العلاج في المستشفيات المجانية لما يشاع عن عدم الثقة فيه وتناجه غير المضمونة وهؤلاء في نفس الوقت لا يقدرّون على تحمل نفقات العلاج الخاص فيضطرون للاحتفاظ بمرضهم الذي قد يستعصى علاجه فيما بعد ويحتاج إلى فترة طويلة .

٤ - قد تكون الحالة الاقتصادية سبباً في عدم تنفيذ خطط العلاج وفي جميع الأحوال المتقدمة (١) .

تتضح ضرورة أن يعمل الإخصائي على توفير الموارد والمساعدات المالية التي تخدم المريض وأسرته خلال فترة إقامته بالمستشفى وبعد خروجه منها حتى يعود إلى حالته الطبيعية وحتى يمنع حدوث مضاعفات ومشاكل جديدة مترتبة على المشكلة الاقتصادية .

ثانياً : مشكلات العلاقات الاجتماعية :

أ - مشكلات العلاقات الأسرية :

١ - إن وجود المريض في المستشفى لفترة من الزمن قد يخشى معه على

باقي أفراد أسرته وعلى من يرعاهم في غيابه وأيضاً خوفاً من أن تضعف علاقاتهم به وإذا قلت زيارتهم له اعتبر ذلك نبذاً من الأسرة له //

٢ - قد يخشى أحد الزوجين في حالة وجوده بالمستشفى للعلاج على الطرف

الآخر من وجوده بمفرده وخاصة إذا كان الزوج هو الموجود بالمستشفى فإن الغيرة قد تستبد به ويفضل الاحتفاظ بمرضه عن الغيبة عن منزله .

(١) إقبال محمد بشير وإقبال إبراهيم مخلوف ، الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمة الاجتماعية ،

- ٣ - قد تنهار بعض الروابط الأسرية نتيجة للمرض فقد يطلب أحد الزوجين الطلاق إذا وجد أنه لا يستطيع الاستمرار في الحياة الزوجية بسبب المرض .
- ٤ - قد يكون المرض سبباً في تفكك العلاقات الأسرية وتهدمها إذا كانت المعاملة للعضو المريض فيها نوعاً من الإهمال فتتأثر العلاقات فيما بعد بهذه المعاملة فيخرج المريض بعد شفائه أكثر حباً أو أكثر كرهاً لأحد أفراد الأسرة أو الأسرة كلها .
- ٥ - إن غياب الأب والأم عن المنزل بسبب المرض سيحد من كفاءته وقدرته على توجيه أفراد الأسرة الأمر الذي لا يتيح لهم فرص التنشئة الاجتماعية السليمة وقد يدفع ذلك الأبناء بسبب شعورهم بالإهمال إلى البحث عن مصادر أخرى ينالون منها الاهتمام وقد تكون غير مرغوبة (١) .

ب - مشكلات العلاقات الخارجية :

- ١ - قد تتأثر علاقات المريض الاجتماعية إذا كان يعاني من مرض عقلي فقد يقطع بعض أصدقائه وأقاربه صلتهم به فيشعر المريض بأنه منبوذ منهم .
- ٢ - يرفض بعض المرضى أن تتغير أساس علاقاتهم بالناس فبعد أن كان تبادل الود والصدقة يصبح أساسها الأشفاق والمساعدة ويرفض دخول المستشفى مفضلاً الاحتفاظ بالمرض على تغير علاقاته الاجتماعية وشعوره نحوها .
- ٣ - يرفض بعض المرضى حياة المستشفى حيث يشعر بالعزلة وفي نفس الوقت لا يستطيع ممارسة أنشطته الاجتماعية وعلاقاته المختلفة .

(١) المرجع السابق ، ص ٤٥ .

ثالثاً : المشكلات الوجدانية والنفسية :

مثل المخاوف الناتجة عن المرض والتي تسبب القلق أحياناً أو سبباً في مقاومة العلاج أو مخاوف عامة تتمثل في الخوف من الموت في حد ذاته ومثل خوف المرضى من المستشفيات وكرههم ما فيها من ممرات طويلة وسكون ورائحة المستشفى والآلات الغريبة بها ، وقد يكون الخوف مرتبطاً بالعلاج المجاني حيث قد يعنى ذلك للمريض عدم جدوى هذا العلاج بالإضافة إلى الأهمال الذى يشيع عن هذا العلاج /

وكما قد يكون الخوف من دخول المستشفى قد يكون الخوف من الخروج بسبب المسئوليات التى تنتظرهم أو أن الأسرة بإمكانياتها لن توفر لهم الرعاية والعناية وما يحتاجون إليه ، وقد تكون مخاوفه نتيجة أن المستشفى أصبحت فى نظره هى المكان الذى يشعر بالاطمئنان على نفسه فيه وإذا كان المريض متواكلاً فالخروج من المستشفى يهدد كيانه النفسى حيث كانت المستشفى فرصة أشبعت له هذا التواكل .

رابعاً : مشكلات المرض المزمن :

تواجه المريض بعض الصعوبات الناتجة عن الأمراض المزمنة وأول هذه المشكلات هو صعوبة تكيف المريض مع المستشفى وأيضاً المشكلات الناتجة عن استمرار العلاج مثل متطلبات العلاج الطويلة من الناحية المالية بالإضافة إلى أن المرض سيضع على المريض بعض القيود والحدود على حركته ونشاطه وعلاقاته بالآخرين كما قد يضطره المرض المزمن (١) إلى التخلي عن عمله أو

(١) المرجع السابق ، ص ٩١ .

تغييره وإذا أضفنا إلى هذا إن حالة إزمان المرض حالة من الصعب على الشخص المريض أن يتقبلها ويعيش بها .

ومثل هذه الأمراض المزمنة تحتاج إلى جهود متواصلة من جانب الخدمة الاجتماعية بحيث يحتاج المريض إلى التشجيع والوقوف بجانبه خلال الفترة الطويلة التي يرتبط فيها بالمرض حتى يستطيع المريض تحقيق أقصى ما يمكن من استغلال قدراته لمواجهة أعباء الحياة والأعباء النفسية الناتجة عن المرض .

خامساً : المشكلات السلوكية :

إن المرض بما فيه من مشاكل يخلق في نفسية المريض صراعاً يعبر عنه بأنواع من السلوك لا يفهمها ولا يفهم دوافعها أحياناً وعلى الأخصائي أن يتعرف على آثار المرض في المريض ويجب أن يميز الأخصائي الاجتماعي بين نوعين من الآثار أو السلوك في حالات المرض هما :

أ - الآثار الدائمة

ب - الآثار المؤقتة

أ - الآثار الدائمة :

وتتكون نتيجة لخبرات وتجارب أثرت في تركيب الشخصية أثناء المرض وتأخذ صورة تشاؤم أو تردد أو مخاوف تنتاب المريض وتبحث هذه الأعراض وجدانات تتعلق بالمرض كالخوف من الموت أو الشعور بالنقص كما تأخذ صورة تدلل وحساسية واستغلال وما إلى ذلك تبعاً للتجارب التي مر بها الفرد.

ب - الآثار المؤقتة :

فهي أعراض سلوكية لم تعرف في شخصية المريض ولكنها تظهر في بعض المراحل المرضية الحرجة كالاعتماد على الغير وسرعة الاستثارة أو شدة

الحساسية والرجوع إلى بعض ألوان السلوك الخاصة بالطفولة كالبكاء والتشبث بأشياء تافهة وما إلى ذلك من ألوان التصرفات غير المألوفة في حياتهم .

سادساً : مشكلات البيئة وأماكنها :

كثيراً ما تكون الظروف البيئية سبباً في بعض المشكلات حيث لا يوجد حل لها (١) . فقد ينظر المجتمع إلى بعض الأمراض نظرة عار وسخرية وخصوصاً الأمراض العقلية وهذه النظرة قد تدفع المرضى للاحتفاظ بمرضهم خوفاً من إعلان حقيقته وقلة المواد الطبية المناسبة وعدم وجود دور خاص للنقاهة ونقص الامكانيات وعدد المستشفيات وسعتها وقلة عدد الأطباء والفنيين بالنسبة لعدد المرضى وأخيراً نقص عدد الأخصائيين الاجتماعيين النفسيين والذين قد يساعدون المرضى في الاستفادة من كل الفرص المتاحة في البيئة واستغلالها أقصى استغلال ممكن وعدم وجود الفرص السهلة للمريض لتغيير عمله أو الحصول على عمل خفيف كل هذه مشكلات تواجه المرضى وتكون ناتجة عن قصور إمكانيات البيئة أو أن ظروف البيئة بمختلف مستوياتها الثقافية والحضارية سبباً في هذه المشكلات.

سابعاً : المشكلات الناتجة عن الجهل والمعتقدات الخاطئة :

للتقافة دوراً آخر في الربط بين المرض والظروف والأحوال الاجتماعية والثقافية التي نعيشها هنا هي تلك الأساليب المعيشية التي تقرر على مر الزمن والتي تعد بمثابة المعين والهادي لتصرفات الناس ومن أوضح خصائصها أنها مكتسبة يتعلمها الناس ويتناقلونها في المنزل والبيئة والمدرسة والمصنع والمجتمع.

(١) المرجع السابق ، ص ٩٢ .

فبيئة المريض الثقافية وكذلك محصلاته الثقافية لها صلة وثيقة بنجاح التشخيص والعلاج لحالته والنهوض بمجتمعه تبعاً لذلك .

وتكون العادات والتقاليد سبباً يدفع كل من المريض والأسرة إلى إغفال المرض أو التقليل من شأنه وبالتالي يتأخر إكتشافه ويحتاج إلى وقت طويل للشفاء أو يكون المرض قد تمكن من المريض بصورة يجعل من الصعب إن لم يكن من المستحيل علاجه بالاضافة إلى أن القيم السائدة في المجتمع قد تعرقل إستفادة المرضى من المستشفيات الموجودة في البيئة مثل الأفكار السائدة عن المستشفيات الموجودة في البيئة مثل الأفكار السائدة عن المستشفيات الحكومية والمعاملة والعلاج والتغذية بها (١) .

(١) المرجع السابق ، ص ٩١ .

خاتمة :

يتضح من العرض السابق " إن المرض العقلي يستحق منا أن نحسب حسابه وأن نقدر خطواته وأن نفهم طبيعته وسره وأن نؤمن بوجوده كمرض محدد المعالم له أسبابه ودوافعه ويتم تشخيصه بإيجابيات العلم الحديث والمتطور وبأساليب الأبحاث النفسية الدقيقة والمرض العقلي يستحق منا التعرض له بمزيد من الدراسة والفهم وبالوعي الكافي لجوانب الوقاية من حدوثه بدلاً من استخدام مادته في السخرية (١) .

كما يتضح لنا أن هناك العديد من تصنيفات الأمراض العقلية إستعرضت لبعضها لكي ألقى الضوء على الأمراض العقلية سواء كانت وظيفية أو عضوية والمشكلات الناتجة عن الأمراض العقلية عامة . وحيث أن الأمراض العقلية متعددة فقد قمت بشرح كل مرض بشئ من الاختصار . وسوف أركز في هذا الفصل على مرض الفصام بشئ من التفصيل .

(١) يسرى عبد المحسن ، مستشفياتنا العقلية وكلمة حق ، كتاب اليوم الطبى العدد ٦٣ ، ١٩٨٧ ، القاهرة " ، ص ١٣٧ .

الفصل الثاني

الفصل

أما هيته - أسبابه - أنواعه - مراحله

مقدمة :

لقد تمت مجهودات ضخمة لحصر نسبة الإصابة بالفصام بين المجتمعات المختلفة ولم يكن هذا الأمر يسيراً مأموناً فنحن وإن كنا نستطيع حصر النسبة في مستشفيات الأمراض العقلية فلا نستطيع حصر كل الفصامين في المجتمع ، إلا بعمل مسح شامل لقطاع معين وفحص جميع المواطنين وهذا أيضاً ليس بالفعل اليسير وحتى النسبة الموجودة بالمستشفيات فهي لا تعطي نسبة مأمونة نظراً لأن الفصامين الذين يدخلون المستشفيات يعانون اضطراب السلوك ، وقد ضاعت عندهم قوى التوافق مع المجتمع ورفضوا العلاج والاقتناع بمرضهم ولكن ما أكثر من يعاني من هذا المرض ويعز على أهله أن يلحقوه بالمستشفى وما أكثر من يحميه المجتمع الخاص الذي يعيش به ولا يعترف بمرضه كما لا يندر أن يخفي المريض الكثير من أعراضه ويصيب الفصام حوالي ٠,٨٥ - ٣٪ من مجموع العام للشعب أي أنه إذا كان تعداد مصر سبعة وخمسين مليوناً فإن عدد الفصامين ٢ مليون نسمة وهي نسبة خطيرة خاصة إذا أخذنا في الاعتبار أن هذا المرض يصيب الفرد في سن الشباب والنضوج أي فترة العمل والدراسة والازدهار الفكري ما يجعل الفصام ليس بظاهرة مرضية فقط بل ظاهرة تؤثر على الناحية الاقتصادية والاجتماعية حيث إنه يؤثر على ساعات العمل وارتباط العائلة ، فضلاً عن تفكك الأسرة ويؤدي إلى الأنطواء وأحياناً إلى سلوك إجرامي مضاد للمجتمع ، ويمثل مرض الفصام حوالي ٦٠ - ٧٠٪ من المرضى نزيلى مستشفيات العقول .

وكان البعض يعتقد أن الفصام لا يظهر في المجتمعات المتخلفة وإنه يترعرع مع الحضارة ولكن ثبت خطأ هذا الظن ، لأن الدراسات أشارت إلى وجوده بنفس النسبة الموجودة في الأماكن المتحضرة ولكن تختلف مظاهر المرض حسب الحالة الثقافية والحضارية والاجتماعية فمثلاً تصل نسبته في السويد إلى

حوالى ٣٪ من مجموع الشعب وهى من أعلى النسب العالمية ويحتمل ذلك لصدق وثبات الاحصاء وسهولة الحصول على البيانات اللازمة فى البلاد المتقدمة ، وقد وجد المؤلف فى أحد أبحاثه أن نسبة الفصام بين مرضى عيادة الطب النفس بمستشفيات جامعة عين شمس حوالى ١٥,٣٪ من كل الحالات وبالطبع تختلف هذه النسبة عن إحصائيات المستشفيات العقلية نظراً لأن الأخيرة تستقبل حالات منتقاه الذهان أم العيادات الخارجية فتتمثل تقريباً النسبة بين مرضى العصاب والذهان (١).

وسوف أعرض فى هذا الفصل مرض الفصام بشئ من التفصيل من حيث ماهيته وخصائصه المميزة وأسبابه وتقسيماته حسب هيئة الصحة وأنواعه وأهم عناصر تشخيص التناذرات الفصامية والدراسة السريرية للتناذرات الفصامية وأهم المراحل المتتابعة للعملية الفصامية وأخيراً الوقاية من الفصام .

نبذة تاريخية عن مرض الفصام :

إن اصطلاح الفصام العقلى معروف تماماً إلا أنه غير مفهوم فهماً جيداً والمشكلة الخاصة بكلمة فصام ترجع إلى أن الأطباء النفسيين لا يتفقون على معناها فبعض المؤلفين يعتبرون الفصام العقلى مرضاً وبعضهم يعتبره مجموعة أعراض تظهر فى وقت واحد " التناذر " وآخرون يعتبرونه أسلوباً من أساليب الحياة .

فالعالم البلجيكي موريل (١٨٦٠) وصف هذا المرض بأنه تدهور عقلى وجسمانى وأخلاقى ثم جاء العالم كاليوم (١٨٧٤) ووصفه بأنه توتر عقلى أو أنه دليل على مرض عقلى خلقى .

(١) أحمد عكاشة ، الطب النفسى المعاصر ، مرجع سابق ، ص ٢٤٨ .

أما إميل كرابلين (١٨٥٥ - ١٩٢٦) فيقول أن الفصام العقلي نوع من Demetia وهو ضرب من الجنون يتشأ عادة في أواخر عهد المراهقة ويتميز بفقدان الاهتمام بالناس والأشياء وبسلوك غريب منحرف نتيجة تدمير الاتصالات الداخلية للنفس .

وتقول أرويين سترانكي (١٨٧٧ - ١٩٤٠) إن مرضى الفصام يعانون من الاقتدار إلى التعبير عن التأثير ومن تدمير الاتصال العاطفي ويتصفون بعدم التنسيق بين محتويات المخ النفسية وغير النفسية أما سيجموند فرويد (١٨٥٦ - ١٩٣٩) وهو طبيب أمراض عصبية نمساوي ومؤسس طريقة التحليل النفسي يعتقد أن الفصام العقلي يحدث عندما يكون الفرد متأثر بمرحلة النرجسية (حب الشخص لذاته) التي تؤدي إلى الفشل في التكيف مع الحياة الرشيدة .

وأعراض الفصام هي النكوص أو الإرتداد إلى أنماط التفكير والسلوك البدائية التي تتميز مرحلة الطفولة وحاول فرويد أن يوضح الأوهام التي يتعرض لها المريض مثل الشعور بالاضهاد والشعور بالعظمة والخيرة والاشتهاء المماثل الكامن والمريض لا يعيش في انسجام مع الآخرين ولكنه يعيش متجهاً نحو الموت (١) .

وهذا النوع من التفكير يوجد عند الأفراد المراهقين الخجولين المحبين لل عزلة ويجدون صعوبة في عمل علاقات شخصية مع الغير .

(1) Mostafa Kamal EL - Din, Positive and Negative Symptoms in Schizophrenia, Moster of neurology, And Psychiatry, Faculty of Medicine university of Alex., 1992 , P. 1 - 4 .

أما أدولف ماير عالم نفسانى (١٨٦٦ - ١٩٥٠) ولد فى سويسرا وعمل فى الولايات المتحدة هو الذى وضع فكرة أن فصام الشخصية هو بصفة عامة سلوك مبالغ فيه لدى الشخصيات غير العادية ويقول هو رد فعل أو إستجابة خاطئة أو بديلة لمحاولة غير كافية أو وقائية أو هروبية للتكيف وبعد ذلك يكون غير قادر على التعبير عن أفكاره كما يكون حساساً جداً بالنسبة لآراء الآخرين وينمى علاقات اجتماعية قليلة جداً ويؤدى تفكيره الخاطى ونقص العلاقات الاجتماعية إلى الانغماس فى خيال غير عملى لا يمكن تحقيقه .

أما إيجن بلوير (١٨٥٧ - ١٩٣٩) هو الذى اقترح اسم (فصام) ليدل على إنقسام أو انفصال فى الوظائف النفسية ويعتقد أن العلاقة الشخصية السليمة القوية بين الممرضة والأخصائى والمريض لها تأثير مفيد فى علاج المريض .

أما كارل جوستاف (١٨٧٥ - ١٩٦١) يعتقد أنه مرض الانقسام فى التفكير ناتج عن صراع غير واعى وهو أول من رأى إمكانية العلاج السيكوسوماتى للجهاز العصبى المركزى فى الفصام العقلى .

أما هارى ستاك سوليفان (١٨٩٢ - ١٩٤٩) يقول أن مفهوم الفصام لا يكمن فى الفرد وإنما يكمن فى تعارض الفرد مع العالم (١) .

وكلمة " شيزو " بالألمانية معناها فصام أو تفكك ، أما كلمة " فرينيا " فمعناها النفسى بمعنى أن الشيزوفرينيا هى تصدع النفس أو إنشطارها إلى أجزاء متفرقة (٢) .

(1) Abid : P. 4 - 10 .

(2) Yosry Abd AL Mohsen, Basicpsychiatry, Cairo, P. 3 .

لمحة تاريخية حول إشكالية التصنيف :

منذ بدايات إرساء الدعائم الأولى للطب النفسى الحديث ، كان فصل الفصام كوحدة مرضية منعزلة ، إشكالاً عبر التاريخ ولا يزال قائماً^(١) ، إلى حد ما الآن ففي سنة ١٨٥٧ وصف الطبيب النفسى الفرنسى " مورييل " تنازراً مرضياً نفسياً يصيب صغار السن (المراهقين خصوصاً) ويتبع تطوراً وحيماً وأطلق عليه تسميه (العتة المبكر) وأعتبره نتاجاً لتكسّر بارتى وفي عام ١٨٧٤ فصل الطبيب النفسى الألمانى " كوهلبوم " التناذر الجمودى كوحدة مرضية مستقلة وكان قد بدأ دراسة الهيفرنيا (الخبل العقلى) سنة ١٨٦٣ وأستكملها تلميذه (هيكير) الذى فصل هنا التناذر وفي سنة ١٨٩١ وصف الطبيب النفسى الروسى " كورساكوف " حالة نفسية ذات بدء حاد وتطور وخيم بينما قدم طبيب فرنسى وصفاً دقيقاً للحالات الهذيانية المزمنة التى يتطور بعضها إلى تكسّر نفس شامل وخيم (العتة المتبلد) إلا أن الأبحاث اللاحقة أثبتت أن هذه التناذرات لا تنتهى دائماً بالعتة بل تتبع تطورات متباينة كما لا تنحصر بشكل مطلق فى صغار السن مما زعزع تصنيف " كرييلين " الذى ينطلق فى منهجيته من طبيعة الطور الانتهاى للمرض النفسى إذا أن ١٣٪ من هذه الحالات تشفى مما يفصلها عن الحالات الأخرى .

وفى ١٩١١ انطلق الطبيب النفسى السويسرى (بلويلر) من منهجية مختلفة فى دراساته للتناذرات النفسية الموصوفة (بالعتة المبكر) فاعتمد على معايير الأعراض والتطور والأمراض النفسية وانتهى استنتاج أن الاضطراب الرئيسى فى هذه التناذرات يتمثل فى الفصام (أو التفكك) النفسى واقترح إطلاق تسمية خاصة عليها ابتكرها هى : (السكيزوفرنيا) (أى الفصام الذهنى) وظلت هذه التسمية

(١) محمود هاشم الودرنى ، مدخل إلى الطب النفسى وعلم النفس المرضى .

معتمدة إلى الآن ، إلا أن حدودها ومضامينها تختلف من بلد لآخر ومن مدرسة طبية لأخرى .

ودرس (بلويلر) الأعراض الفصامية من منظور ديناميكي وقسمها إلى نمطين الأعراض البدائية المتبلورة في التفكير - الذهني والتي اعتبرها مميزة للفصام والأعراض الثانوية ورأى (بلويلر) في العنصر العرضي .

ساند الباحث (شاسلان) (بلويلر) في وجهة نظره وأدخل مفهوم (التفارق) كمفهوم وصفي رئيسي في الفصام بينما توصل " كلود " إلى ضرورة الفصل بين وحدتين مرضيتين مختلفتين ومستقلتين هما العته المبكر الذي ينجم عن اضطرابات عضوية والفصام الذي ينجم عن تطور مرضي للشخصية (١) .

ماهية الفصام وخصائصه :

١ - هو مرض ذهاني يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التي تؤدي إن لم تعالج في بادئ الأمر إلى اضطراب وتدهور في الشخصية والسلوك وأهم هذه الأعراض اضطرابات التفكير والوجدان والادراك والسلوك (٢) .

٢ - مرض الفصام عبارة عن مجموعة من المتلازمات المرضية التي غالباً ما تبدأ في مرحلة مبكرة من العمر وتؤدي إلى قابلية ملحوظة للانسحاب من

(١) المرجع السابق ، ص ٢٥٤ .

(٢) أحمد عزت راجح ، أصول علم النفس ، القاهرة ، سجل العرب ، ١٩٦٥ ، ص ٦٠ .

الواقع وتدهور الشخصية ويحدث بالمرض أعراض تدل على اضطراب مختلف الشدة في التفكير ، العاطفة ، إدراك الحواس والسلوك (١).

٣ - الفصام اضطراب ذهاني وقد يكون عدة اضطرابات متشابهة وليس اضطراباً محدداً علامته المميزة اضطراب التفكير وانفصاله أحياناً عن الوجدان وهذا ينعكس في سلوك المريض ، فيصبح السلوك غريباً وغير مألوف ويعيش مريض الفصام المتدهور حالماً في عالمه الخاص به (٢).

٤ - اضطرابات الفصام هي أعراض مترامنة من التشوش والاختلال تبرز من خلالها الوهم والهوسة حيث يسيطر على سلوك الإنسان الخيال المنجم (٣) .

٥ - هو مرض عقلي ذهاني وظيفي حاد يؤدي إلى انشطار وعدم انتظام في الشخصية وتدهور تدريجي في كافة الجوانب الانفعالية والسلوكية والفكرية (٤) .

٦ - الفصام هو أكثر الأمراض العقلية الذهانية الوظيفية شيوعاً وهو جوهر الطب النفسي ويعتبر الطبيب الألماني (كريبلن) أول من وصفه سريرياً عام ١٨٩٦ وأطلق عليه العته المبكر بعد قوريل وهو يصيب الشباب بين سن (١٥ - ٣٥) ويسميه (بلويلر) الفصام العقلي عام (١٩١١) وينتشر في دول الغرب بنسبة ٠,٨٥ ٪ .

٧ - تعريف جمعية علم النفس الأمريكية : مجموعة من الاستجابات الذهانية تتميز باضطراب أساسي في العلاقات الواقعية وتكوين المفهوم

(١) حلمي أحمد حامد ، مبادئ الطب النفسي ، القاهرة ، دار الصفا للطباعة والنشر ، ط١ ، ١٩٩١ ، ص ٢٩ .

(٢) عبد الرعوف ثابت ، مفهوم الطب النفسي ، القاهرة ، مطابع الأهرام ، ١٩٩٢ ، ص ١٣٧ .

(٣) نوري الحافظ ، التكيف وانعكاساته الايجابية ، مرجع سابق ، ص ٢٨٤ .

(٤) عطوف محمود ياسين ، أسس الطب النفسي الحديث ، مرجع سابق ، ص ٢٨٤ .

واضطرابات وجدانية وسلوكية وعقلية بدرجات متفاوتة كما يتميز بميل قوى للبعد عن الواقع وعدم التساغم الانفعالي والاضطرابات فى مجرى التفكير والسلوك الارتدادى ويميل إلى التدهور فى بعض الحالات (١) .
ومن خلال التعريفات السابقة نجد أن مجموعة خصائص الفصام هي :

- ١ - إنه مرض عقلى ذهاني حاد .
- ٢ - يبدأ فى الغالب فى مرحلة المراهقة .
- ٣ - ينتشر بين الفتيان والفتيات .
- ٤ - يؤدي إلى قابلية ملحوظة للإنسحاب من الواقع .
- ٥ - من أهم أعراضه اضطرابات التفكير والوجدان والادراك والارادة والسلوك .
- ٦ - قد يكون له عدة اضطرابات .
- ٧ - يعيش مريض الفصام فى عالم خيالى خاص به .
- ٨ - يبدو سلوك المريض غريباً وغير مألوف .
- ٩ - يسيطر على سلوك الانسان الهلوسة .
- ١٠ - إن لم تعالج الأعراض فى بادئ الأمر تؤدي إلى اضطراب وتدهور فى الشخصية والسلوك .
- ١١ - يؤدي إلى انشطار وعدم انتظام فى الشخصية .
- ١٢ - يتميز باضطراب أساسى فى العلاقات الواقعية .

(١) جمعه سيد يوسف ، سيكلوجية اللغة والمرض العقلى ، عالم المعرفة ، العدد ١٤٥ ، ١٩٩٠ ، ص

مدى انتشار المرض :

الفصام هو أكثر الأمراض الذهانية انتشاراً ، حيث يصيب ١٪ أو ٢٪ من مجموع السكان ويكون الفصاميون أغلبية مرضى مستشفيات الأمراض العقلية . فهم يكونون حوالى ٢٥ — ٣٣٪ من الذين يدخلون مستشفيات الأمراض العقلية لأول مرة وتبلغ نسبة الفصامين حوالى ٥٠٪ من المرضى العقلين وتظهر معظم حالات الفصام عادة بين سن ١٥ — ٣٠ سنة وتصل إلى أقصاها فى أواخر العقد الثالث من العمر (١) .

ويحدث مرض الفصام فى كل المجتمعات لكن معدل اكتشاف الإصابة به تزداد فى البلاد الاسكندنافية وألمانيا ، إنجلترا ، الولايات المتحدة الأمريكية واليابان عنها فى البلاد النامية (٢) .

والفصام ينتشر بين الرجال والنساء بنسبة ٢ — ٤٪ وقد توقع بعض الباحثين أن يكون أكثر انتشاراً بين الرجال نظراً لزيادة تعرضهم لمشاكل الحياة وأعباء العمل ولكن هذا لا يمنع أن تزيد نسبة الفصام بين الرجال قبل سن الثلاثين وبين النساء بعد هذا السن وتظهر معظم حالات الفصام أى حوالى ٧٠٪ بين سن (١٥ — ٤٠ سنة) .

وقد تبين من الدراسات المختلفة أن مرض الفصام ينتشر فى الأماكن المكتظة بالسكان حيث الفقر والجريمة والتعطل والانحرافات الاجتماعية الأخرى

(١) حامد عبد السلام زهران ، الصحة النفسية والعلاج النفسى ، القاهرة ، عالم الكتب ، ط٢ ، ١٩٧٧ ، ص ٤٥١ .

(٢) حلمى أحمد حامد ، مبادئ الطب النفسى ، مرجع سابق ، ص ٢٩ .

كما أن ٤٠٪ من الحالات تظهر في الطبقات الاجتماعية ذات المستوى الأدنى كالعمال غير المهرة أو غير الفنين كما أن هذا المرض أكثر إنتشاراً في العزاب عنه في المتزوجين والبعض يعزو ذلك إلى أن هؤلاء المهنيين وراثياً لهذا المرض كثيراً ما يميلون إلى الانسحاب من المجتمع والعزلة والأنطواء مما يجعل النسبة تبدو أكثر ظهوراً بينهم .

وقد وجد أن الذين يهاجرون إلى بيئات وثقافات مختلفة اختلافاً كبيراً عن بيئاتهم وثقافتهم التي هاجروا منها يكونون أكثر عرضة للفصام (١) .

ونسبة من يشفون منه تتراوح عادة بين ٥٪ إلى ٢٠٪ أما البقية الباقية فتبقى في المستشفيات في تدهور مستمر حتى الوفاة ويعتبر هذا المرض من الأمراض المستعصية في الطب العقلي والنفسي ولم ينل أى مرض من الأمراض العقلية اهتماماً من العلماء مثل الاهتمام الذي يناله هذا المرض (٢) .

أسباب مرض الفصام : وهي كالتى :

- ١ - العوامل الوراثية .
- ٢ - العوامل البيئية .
- ٣ - العوامل الكيميائية .
- ٤ - العوامل العضوية .
- ٥ - عوامل أثناء النمو .
- ٦ - العوامل المساعدة .
- ٧ - العوامل الأسرية .
- ٨ - الشخصية .
- ٩ - اضطراب الجهاز العصبى .

(١) أحمد عكاشة ، الطب النفسى المعاصر ، مرجع سابق ، ص ٢٤٨ ، ص ٤٥٢ .

(٢) سعد جلال ، فى الصحة العقلية الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية ، مرجع سابق ،

أولاً : العوامل الوراثية :

ولمعرفة مدى أهمية هذا العامل علينا بدراسة نسبة المرض بين التوائم المتشابهة ويوضح لنا الجدول معظم هذه الابحاث مع النسبة المتوقعة للأصابة بالمرض . .

نسبة الفصام في التوائم المتشابهة

الباحث	السنة	عدد التوائم	عدد المرض	النسب المتوقعة
لوكنبرج	١٩٣٤	٢٧	٩	%٣٣
روزانسوف	١٩٣٤	٤١	٢٥	%٦١
أزنمور	١٩٤١	١١	٦	%٥٥
كولمان	١٩٦٤	١٧٤	١٢٠	%٨٥,٩
سليتر	١٩٥٣	٣٧	٢٤	%٧٦
أنسوى	١٩٦١	٥٥	٣٣	%١٩
تينازى	١٩٦٣	١٦	٣	%١٩
كرنجليس	١٩٦٤	٦	صفر	صفر %
جوتسمان	١٩٦٦	٢٤	١٠	%٤٢
كرنجليس	١٩٦٧	٥٥	٢١	%٣٨
فيشر	١٩٦٩	٢١	١٠	%٤٨
بوليس	١٩٧٠	٨٠	١١	%١٣,٨ (١)

ومن هنا نستطيع قبول النسبة للتوائم المتشابهة من ٣٠ — ٤٠ % وللتوائم المتأخية ١٠ % أى أن نسبة الاصابة بين التوائم المتشابهة تزيد أربع مرات عنها في التوائم الغير متشابهة يرجع إلى جين موروث غير قابل للتحويل إما مرتد أو سائد ويكون حدوث المرض في نصف أقارب الوالدين من ٠,٩ إلى ١,٨ % بين كل

(١) أحمد عكاشه ، الطب النفس المعاصر ، مرجع سابق ، ص ٢٥١ .

الأقارب من ٧ إلى ١٥٪ وبالنسبة للأطفال الذين لهم والد أو والدّة مصاب بالفصام من ٤٠٪ إلى ٦٨٪ (١) .

نسبة حدوث الفصام في أسرة وعائلة المريض بالفصام

نسبة المتوىة لحدوث الفصام	صلة القرابة
٦٠ - ٧٠٪	الشقيق التوائم من بويضة واحدة
٩٪	الشقيق التوائم من بويضتين
١٢٪	أولاد المريض
٥٪	أحد الأبوين
٣٪	أبناء العم والخال
٢٪	أبناء الأخوة والأخوات
٢٪	الأعمام والأخوال
٨٪ (٢)	أشتاء المريض

والفصام الوراثي أو الأصلي يختلف عن الفصام المتفرق أو العضوي فمريض الفصام الوراثي يكون لديه قريب من الدرجة الأولى عنده نفس المرض أما مريض الفصام المتفرق أو العضوي فيمانى من عدم الاستواء بدرجة أكبر (٣).

(1) Yosry Abd EL Mohesen, Basic Psychiatry, Op. Cit. P. 3 .

(٢) عبد الرؤف ثابت ، مفهوم الطب النفسى ، مرجع سابق ، ص ١٤٩ .

(3) Mostafa Kamal EL-Din , Positive and Negative Symptoms in Schizophrenia, op. Cit, P. 13 .

ثانياً : العوامل البيئية :

من الملاحظ أن مرضى الفصام يكثرون فى الطبقات الفقيرة ذات الامكانيات المحدودة كما لوحظ أن الفصامين المتدهورين ينحدرون إلى طبقات أقل مستوى من طبقته الأصلية وتسمى هذه الظاهرة الفصامية بالانحدار الطبقي (١) .

وفى الدراسات الايكولوجية وجد أعلى حدوث للفصام فى أكثر الاماكن غير المنظمة والغالب وجودها فى وسط المدينة وقد اعتقد (بلويلر) أن مثل هذه البيئة هى نتيجة وليست سبباً للمرض واعتقد آخرون أنها مسئولة عن المرض إما بشكل غير مباشر حيث إنها تخلق ظروفاً قبل العزلة الاجتماعية التى تتوافق مع بداية ظهور الفصام عند أولئك الذين لديهم أسباب مبكرة أو مباشرة بتعرض الطفل الذى يتربى فى هتل هذه المناطق إلى أن يكون لديه أنواع معينة من صفات الأسرة والحرمان الاقتصادى والسلوك الإجرامى أو اضطراب اجتماعى (٢).

وتتكون هذه العوامل فى مجموعها من العوامل الاجتماعية والثقافية . ويرى علماء النفس السلوكيون بأن للتعلم دوراً فى ظهور أعراض الفصام العقلى وبخاصة أساليب الاشتراط التى تؤدى إلى تعزيز بعض أنماط السلوك غير المرغوب اجتماعياً أو المنحرف مثل التفكير غير المترابط والميل إلى العزلة والاتطواء والشعور بالخيالات وغيرها .

وتميل بعض النظريات الاجتماعية إلى التركيز على عامل أو آخر من العوامل الاجتماعية ، إذ يرى بعضها أن للضغوط التى يتعرض لها الفرد فى

(١) عبد الرؤف ثابت ، مفهوم الطب النفسى ، مرجع سابق ، ص ٢٥٠ .

(2) Yosry Abed EL Mohsen, Basic Psychiatry, Opcit P. 112 .

مراحل الطفولة والمراهقة بالاضافة إلى استعداده للإصابة بالمرض دوراً في اضطرابه غير أنها تختلف في تحديد نوع الضغوط وآثارها . فبينما يرى أحد الآراء أن للصدمات المبكرة في حياة الفرد ، وبخاصة ما يتلقاه من عقاب بدني وما يتلقاه من سوء المعاملة ، تأثير على إصابته بالاضطراب ، يرى رأى آخر بأن فقدان العائل أو موت أحد الأطباء وما شابه ذلك يساعد على حدوث الاضطراب . كما تتجه بعض الآراء إلى النظر إلى أساليب التدليل والحماية الزائدة كعوامل مهيئة للإصابة بالاضطراب .

وتشير نتائج بعض الدراسات إلى وجود ثلاثة بين الحالة الاقتصادية واحتمال الإصابة بالفصام ، إذا اتضح أن نسبة الاضطراب تزداد بين الطبقات الفقيرة ويفسر العلماء هذه العلاقة على أساس أحد احتمالين هما :

أ - أن اضطراب العلاقة بين أفراد الأسرة بسبب سوء الأحوال المعيشية والضغوط الاقتصادية قد يجعل استجابة الفرد تتشابه مع أعراض الفصام العقلي .

ب - أن المرض العقلي يؤدي بدوره إلى سوء الحالة الاقتصادية بسبب إهمال المريض لعمله واضطراره إلى الانقطاع أو العمل بوظائف صغيرة أو غير ذات أهمية وذات دخل منخفض (١) .

ثالثاً : العوامل الكيميائية :

لوحظ أن بعض عقاقير الهلوسة مثل ل . س . د L.S.D او المسكاليين أو الحشيش أو الامفيتامين تؤدي إلى اضطرابات في التفكير والانفعال وهلاوس

(١) رمضان محمد القذافي ، الصحة النفسية والتوافق ، الجماهيرية الليبية ، دار الرواد ، ١٩٩٢ ، ط ١ ،

وهذه اشبه بمرض الفصام . مما جعل العلماء يفكرون فى احتمال وجود تغيير كيميائى داخلى فى جسم هؤلاء المرضى شبيه بما تحدثه هذه العقاقير وقد اتجهت الأبحاث نحو دراسة الاضطرابات الكيميائية فى الهرمونات العصبية مثل : الادرينامين ، والسيروتونين ، وغيرها وقد أبدت التجارب الحديث إنه يوجد اضطراب فى مثيله هرمون الأدرينالين فى مرضى الفصام لدرجة أنه إذا أطعمنا بعض الفصامين بمركبات كيميائية بها مستحضرات مثيلية تزيد أعراضهم يشدة وقد استطاع بعض العلماء استخلاص بروتين معين (١) من دم مرضى الفصام يسمى تاراكسين (Taraxein) وإذا أعطينا هذا البروتين لمتطوعين أسوياء يصابون بأعراض فصامية وقتية كذلك أدى حقن التاراكسين فى بعض الحيوانات إلى اضطراب واضح فى سلوكهم . مما يجعلنا نستدل على أن لهذا البروتين من الخواص ما يسبب هذه الاضطرابات الخطيرة وبالتالي فإنه يوجد تغييرات فسيولوجية وكيميائية فى مرضى الفصام .

وحديثاً كثرت المناقشة حول ظهور (النقطة القرمزية) فى بول مرضى الفصام ، فقد لوحظ أنه إذا عرضنا بول هؤلاء المرضى على ورق حساس للضوء تظهر نقطة قرمزية فى موضوع معين من هذا الورق الحساس وهذا لا يحدث مع البول الطبيعى أى أنه يوجد اضطراب كيميائى وتمثيلى فى جسم مرضى الفصام يؤدى إلى وجود مركبات كيميائية شاذة فى البول فالبعض يقول إن سببها هو العقاقير الكيميائية التى تعطى لهؤلاء المرضى والبعض الآخر يؤكد إنها تفاعل من الطعام الذى يأكله هؤلاء المرضى وهذه الظاهرة تقل فى مرضى فصام البارنويا عنها فى الأنواع الأخرى حيث تصل نسبتها حوالى ١٠٪ أما فى الفصام البسيط وفصام المراهقة فتظهر فى حوالى ٨٠٪ من الحالات وإذا إستطعنا تشخيص

(١) أحمد عكاشة ، الطب النفسى المعاصر ، مرجع سابق ، ص ٢٦٢ .

مرضى الفصام بالكشف عن البول فسيؤدي ذلك إلى تطور خطير في العلاج والوقاية .

كذلك نشأت نظرية تؤيد أن سبب الفصام هو مناعة ذاتية داخل الجسم وأنه يجرى في دم الفصاميين أجسام مضادة (Antibodies) تتفاعل مع مولدات مضادة (Antigens) في المخ تسبب اضطرابات في الجهاز العصبي يؤدي إلى أعراض هذا المرض .

وحاول البعض أخيراً إيجاد ترابط بين نوع الطعام والفصام فقد لاحظ دوهان ١٩٦٦ أن عدد مرضى الفصام في المستشفيات في السويد والنرويج وفنلندا انخفض أثناء الحرب العالمية الأخيرة بينما زاد بشكل واضح في كندا والولايات المتحدة وبعد الحرب زاد هذا المرض زيادة حادة في الدول الاسكندنافية وبتحليل هذه النتائج ونقص بعض المواد الغذائية أثناء الحرب وجد الباحث أن نسبة الفصام تزيد ثلاث مرات في البلاد التي يستعمل فيها القمح كغذاء أساسي عنها في البلاد التي لا تستعمله كذلك وجدت مادة خاصة تفرز مع عرق مرضى الفصام — حامض الهكسونيك) وأن استجابة مرضى الفصام لمادة الهستامين تحت الجلد محدودة وتعود إلى طبيعتها بعد العلاج .

وقد استقر الرأي الآن على أن لأعراض الفصام علاقة وثيقة بزيادة نسبة الموصل العصبي الدوبامين بل وزيادة عدد المستقبلات الدوبامينية ما بعد للمستبكات العصبية . وكل العقاقير المضادة للفصام تخفض من نسبة الدوبامين في المخ ويبدو أن موصلات أخرى تلعب دوراً في نشأة الفصام مثل السيروتونين

والاستتيل كولين والبيتيدات وأن عدم توازن هذه الموصلات هو الحافز لأعراض
الفصام (١) .

ويعالج مرضى الفصام بنجاح كبير بالعقاقير التي تصلح أو تعوض من
الناقلات الكيميائية ولكن ما الذى يحدث هذا الاختلاف الكيميائي وهل هو حقاً كثرة
مستقبلات الناقلات الكيميائية أو شئ آخر (٢) .

رابعاً : العوامل العضوية :

- أ - بروتينات سامة . ه - الهرمونات .
- ب - أمينات بيولوجية نشطة . و - الفيتامينات .
- ج - أجسام مضادة شاذة . ز - أيونات غير عضوية .
- د - عمليات الهدم والبناء .
- أ - بروتينات سامة :

اقترح العديد من الباحثين إمكانية أن يوجد عامل سام فى دم مرضى
الفصام وقد برهن بعضهم على هذا بأنه بروتين الجلسونولين (٣) .

ب - أمينات بيولوجية نشطة :

بعض مواد الهدم والبناء الميثيلية للمواد الصبغية مسببة كحركات نفسية
عقلية مثل المواد المسببة للهوسة ٣,٤ (Dmpel) والذى وجد فى بول مرضى
الفصام الحاد وعند إجراء التجارب على الفئران فقد سبب لهم اضطرابات سلوكية .

(١) المرجع السابق ، ص ٢٦٣ ، ص ٢٦٤ .

(٢) عبد الرعوف ثابت ، مفهوم الطب النفسى ، مرجع سابق ، ص ١٥١ .

(3) Yosry Abdel Mohsen, Basic Psychiatry, op. Cit, P. 4 .

ج - أجسام مضادة شاذة :

نادى بعض الباحثين بأنهم وجدوا مولداً مضاداً معيناً من مرضى الفصام الذين قدموا دليلاً على أن الفصام قد يكون نتيجة وجود اضطرابات جسم مضاد مولد ووجدوا أن بروتين Globulin Plasma كجسم مضاد مسئول عن ذلك ووضعوا له اسم (Taraxion) .

د - عمليات الهدم والبناء للكربوهيدرات :

قد يكون هناك احتمال شاذ لجلوكوز يتبع الهضم عن طريق الفهم عند مرضى الفصام وقد وجد (Frohman) أنه في هذه الحالة من الفصام هناك نقص في قدرة استخدام الطاقة المتاحة في رد الفعل في الضغط بسبب نقص في الهدم والبناء للكربوهيدرات وقرر أن وجود الشذوذ في البلازما هو الذى يؤدي إلى إنتاج شاذ للبيروفات .

هـ - الهرمونات :

وجد أن مستوى الهرمون الدرقي (من الغدة الدرقية) إزداد أثناء فترة الاغماء التخشبى ثم عاد إلى طبيعته : برهن على أن فى بعض المرضى فإن الجرعات الزائدة من الثيروكسين سبب شفاء واضح وشعر بأنه كان من الممكن أن التوكسين النتروجينى يزيد فى تركيزه وينتج عنه حالة عقلية وعندما تحقق مستوى معين زالت بعض آليات النتروجين واستبعد التوكسين : فقط لكى يبنى بعد ذلك وهكذا فإن الثيروكسين قد يكون مزيلاً لمادة التوكسين النتروجينى ولم يبرهن على ذلك ولكنه محتمل (١) .

و - الفيتامينات :

نادى (Hoffers) بأن حامض (النيكوتينيك) يسبب تحسناً هائلاً فى حالات الفصام المزمنة إذا أعطى بجرعات ضخمة لفترة طويلة .

ز - أيونات غير عضوية :

الزنك ، والمغنسيوم يفترض أنها زائدة فى دم المصابين .

خامساً : عوامل أثناء النمو :

كان البالغون المصابون بالفصام يوصفون فى طفولتهم بأن لهم علاقة غير عادية بالكوابيس والتبول اللاإرادى ومراقبة مذعورة وإبتعاد عن المنزل وقد وصف آخرون بأنهم محبون لمطالعة الكتب والعزلة وعدم وجود أصدقاء ولديهم وعى ذاتى وأحلام يقظة وحساسية زائدة بمزاج متفجر أحياناً وجماعة ثالثه كانت منذ السن المبكرة غير اجتماعية وخجولة ولديها نقص فى الخصائص (١) .

سادساً : العوامل المساعدة :

أ - عوامل جسمية :

دلت الشواهد الاكلينيكية على أن كثيراً من الأمراض الجسمية تكون أحياناً الزناد الذى يفجر مرض الفصام فنلاحظ الفصام بعد الحميات والولادة وبعض أمراض الجهاز العصبى والصرع وأورام المخ .

ب - عوامل نفسية :

لا نستطيع أن نجزم بأن الإجهاد أو الشدة أو الإرهاق أو الصدمات النفسية والانفعالية أسباب مباشرة لمرض الفصام لكن لا شك أن هذه العوامل تؤثر على الاستعداد الوراثى وتظهر المرض فى كافة أعراضه عندما تفشل قوى التكيف

(1) Ibid. , P. 5 .

الطبيعية فى الفرد فى مقاومة هذه الصدمات خاصة أن الاجهاد يزيد من نسبة الأدرينالين فى الجسم ونظراً لاضطراب تمثيله فى مرضى الفصام فيحتمل ظهور المرض ولكن يوجد علاقة وثيقة بين نكسات مرضى الفصام والتورط الانفعالى فى الأسرة من الحماية الزائدة إلى إحساس عدوانى لا شعورى إلى التعليقات التى تحمل فى طياتها نقداً لاذعاً (١) .

سابعاً : العوامل الأسرية :

- بصرف النظر عن العوامل الوراثية تبين أن الفصام غالباً ما يأتى من أسر العلاقة بين الأبوين على أحد الأشكال التالية :
- أ - عدم الارتباط والانسجام العاطفى بين الأبوين أو وجود طلاق وجدانى بين الأبوين والعلاقة بينهما ظاهرية فقط .
- ب - أن تكون العلاقة بين الأبوين غير متكافئة كأن يكون أحدهما متسلطاً بينما الآخر مستكيناً منقاداً (٢) .

ويصعب فى الواقع التنبؤ بأنه إذا ظهرت علاقات أسرية معينة يحتمل معها ظهور اضطرابات نفسية معينة مثل الفصام . ذلك لأن هذه الاضطرابات تعد محصلة لسلسلة من التأثيرات والظواهر الأسرية مثل طبيعة الأسرة ونوعية العلاقات بين الآباء والأبناء وسمات شخصية الوالدين ومدى تقبل الأبناء والعلاقات بين أعضاء الأسرة وأسلوب التنشئة الاجتماعية .

(١) أحمد عكاشة ، الطب النفسى المعاصر ، مرجع ، ص ٢٥٠ .

(٢) عبد الرعوف ثابت ، مفهوم الطب النفسى ، مرجع سابق ، ص ١٥٠ .

أ - طبيعة الأسرة :

هل الأسرة منعزلة عن غيرها أو مندمجة مع غيرها من أسر ؟ حيث تقتصر العلاقات والاتصالات في الأسرة المنعزلة على أعضائها وتقتصر في نطاقهم وتحول هذه العزلة الاجتماعية دون أن يشترك أعضاؤها في نشاطات المجتمع وتوقعاته فينظر إليهم جيرانهم باعتبارهم غرباء عنهم وليسوا منهم وفي هذا النوع من الأسر يحظر أحد الوالدين الذي له السيطرة والأهمية وعادة ما تكون الأم على بقية أعضاء الأسرة بل تمنعهم من إقامة علاقات خارجية عن الأسرة مع غيرهم ، الأمر الذي يترتب عليه تدهور شخصياتهم ويصعب عليهم تنمية علاقاتهم الخارجية ، ويزداد مع ذلك احتمال التمهيد لظهور السلوك المضطرب بين أبنائها (١) .

ب - سمات شخصية الوالدين - العلاقات بين الآباء والأبناء :

تعتبر شخصيات الوالدين بمثابة مؤشر مناسب يساعد على فهم العلاقات بين الآباء والأبناء ، طالما كانت سمات شخصياتهم تعد بمثابة مؤشرات تؤثر على علاقاتهم الدينامية بأبنائهم .

فلقد لوحظ أن السيطرة قلت أو زادت وأن عدم استقرار الوالدين من بين أكثر السمات دلالة بين الأطفال الذين يعانون من الفصام وهذا ما تؤكدته نتائج دراسة من (ليدز وليدز) (Lidze) عندما وجد أنه من بين (٥٠) من هؤلاء الفصامين قد انحدر (٤٥) عن أسر غير مستقرة ويتسم والديهم بعدم الاتزان بينما

(١) على عبد الرازق جليبي ، الطب النفسي الاجتماعي النظرية والتطبيق ، دار المعرفة الجامعية ،

أنحدر (٥) منهم فقط من أسر مستقرة نوعاً وأماز فيها الوالدين بالتوافق والالتزان النسبى .

ج - العلاقات بين أعضاء الأسرة :

استطاع بعض الباحثين من خلال دراستهم للعلاقات بين أعضاء الأسر للكشف عن نوع من الجنون عرف بينهم تحت اسم الجنون الثانى حيث لوحظ أن إصابة أحد الأشخاص بالجنون يرد إلى تأثيره بشخص آخر مصاب بهذا المرض على أنه ليس من الضرورى أن ينتقل التأثير ليشمل من شخص لآخر على علاقة ببعضهما ، بل قد ينتقل هذا التأثير ليشمل ثلاثة أو أربعة أشخاص ، وربما أعضاء الأسرة ككل وما يرتبط بهم من أصدقاء .

د - أسلوب التنشئة الاجتماعية فى الأسرة :

ولعل عزلة الأسرة والسمات الشخصية للوالدين ، والعلاقات بين الآباء والأبناء والعلاقات بين أعضاء الأسرة ، التى يحتل معها أن يصاب الأبناء بالفصام أو غيرها من أنماط الاضطرابات النفسية والعقلية تطبع فى مجموعها أسلوب التنشئة الاجتماعية فى الأسرة وتجعل الوالدان وبخاصة الأم تتجه فى تعاملها مع الأبناء نحو الاستبداد والسيطرة وعزل الأبناء عن محيطهم الأمر الذى يسهم فى تأخير نموهم واستقلالهم العادى وعزلتهم عن جماعات القرناء ويجعلهم عرضة للإصابة بمثل هذا النوع من الاضطرابات ، و . إذا ما أكد لوداس (Ludoos) فى كثير من دراساته لأثر التنشئة الاجتماعية على الاحتمال الإصابة بالفصام (١) .

(١) المرجع السابق ، ص ٥٧ - ٦٠ .

ثامناً : الشخصية :

تلعب الشخصية دوراً هاماً فى تهيئة الفرد للإصابة بمرض الفصام ولا يدع ذلك للدهشة خاصة إذا عرفنا أن تكوين الشخصية يتم من خلال تفاعل عاملى البيئة والوراثة وأن الشخصية الحافزة للفصام ما هى إلا مورثات ضعيفة لهذا المرض ، تحتاج لعوامل بيئية وفسولوجية مختلفة لظهور المرض نفسه وقد تعددت الآراء بالنسبة للشخصية المهيئة للفصام ومن أهم الأبحاث فى هذا الصدد ما قامت به مجموعة من الكليات بجامعة الاسكندرية بالاشتراك مع المركز القومى للبحوث من هذه الكليات كلية الآداب ، كلية الطب ، المعهد العالى للصحة عن موضوع التحليل البنائى لاضطرابات الشخصية بين طلاب جامعة الاسكندرية فى الفترة ما بين ١٩٧٠ - ١٩٨١ . فقد ظهر مرض الفصام يمثل أكبر حجم بين الاضطرابات الشخصية بين سكان أحياء المدينة يليها الهوس ثم الاكتئاب وأخيراً الصرع (١) .

تاسعاً : اضطرابات الجهاز العصبى :

من الشواهد الهامة أن بعض الأمراض العضوية فى الجهاز العصبى تؤدي إلى أعراض شبيهة بالفصام وإن لم يفحص المريض طبيباً بعناية ودقة يحتمل تشخيص أعراضه بالفصام ومن أمثلة ذلك زهرى الجهاز العصبى والحمى المخية وأورام الفص الجبهى والصدغى فى المخ وهبوط نسبة السكر فى الدم مما يدل على أن الاضطراب العصبى يؤدي إلى أعراض فصامية وأن الفصام ذاته من المحتمل أن يكون سببه اضطراب فسيولوجى فى الجهاز العصبى (٢) .

(١) على عبد الرازق جلى ، لادىة عمر ، الطب الاجتماعى النظرية والتطبيق ، دار المعرفة الجامعية ،

الاسكندرية ، ١٩٩٢ ، ص ٣١٥ .

(٢) أحمد عكاشة ، الطب النفسى المعاصر ، مرجع سابق ، ص ٢٥١ .

تقسيم الفصام حسب هيئة الصحة العالمية لسنة ١٩٩١ :

- ١ - الفصام البسيط .
Simple
- ٢ - الفصام الهيفرينى (البلوغ - المراهقة) .
Hebephrenic
- ٣ - الفصام الكتاتونى (الجامودى - التخشبى) .
Catatonic
- ٤ - الفصام البارانونى (الزورانى - الضلالى) .
Paranoid
- ٥ - الفصام غير المميز .
Acute Undifferentiated
- ٦ - إكتئاب ما بعد الفصام .
Post - Schizophrenic Depression
- ٧ - الفصام المتبقى .
Residual
- ٨ - الفصام الوجدانى .
Schizo - affective
- ٩ - أ: أخرى غير محددة .
Unclassified

ف نستعرض لكل نوع من الأنواع بشئ من التفصيل (١) .

أنواع الفصام :

١ - الفصام البسيط : Simple Schizophrenia

وهو من أصعب الأنواع تشخيصاً لعدم وضوح الأعراض تماماً وتداخله مع الاضطرابات الأخرى . بدايته غير حادة فى سن مبكرة (١٥ - ٢٥ سنة) وتطوره بطئ وتدرجى حتى ينتهى بتدهور مستمر فى الشخصية إذا لم يعالج

(١) منظمة الصحة العالمية ، ١٩٩١ .

وتكون البداية بتوهم العلل المرضية والتركيز على العادة السرية أو الطمث أو رهاب الموت أو المرض وأحياناً أعراض العصاب وأهم خصائصه :

١ - اضطراب الوجدان (مثل التبلد الانفعالي أو اللامبالاة) وكذلك ضعف الإرادة السلبية .

٢ - اضطراب طفيف في التفكير مع ضعف التفكير التجريدي وصعوبة التركيز .

٣ - ينتشر بين أقرباء مرضى الفصام وموظفي الدرجات السفلى - متوهمي العلل البدنية والمدمنين والمجرمين والمنحرفين جنسياً والعاشرات ويوصف الفصامي البسيط غالباً بأنه طيب وخجول ومقتصر وفي حاله مما يجعله لا يطلب العلاج إلا متأخراً بعد سنوات من زحف المرض (١).

٢ - الفصام الهيفريني : Hebephrenic Schizophrenia

ويتميز سلوك المريض من هذا النوع بالنكوص إلى مرحلة من مراحل الطفولة الأولى التي لا يراعى فيها عرفاً أو تقاليد إذ أن المريض قد يمارس العادة السرية علناً دون إعتبار لمن هم حوله ، وقد يكشف عن عورته دون حياء أو تردد، كما يتميز ببلادة العاطفة إذ قد يسمع عن وفاة أقرب المقربين إليه دون أن تهتز مشاعره وكأن الأمر لا يعنيه أو يمت إليه بصلة ، هذا بالإضافة إلى التفكير الذي لا منطق فيه والهلوسة والأوهام التي تشف عن نزعتة إلى الجنسية المثلية ويمتاز بأنه يمكن التحدث إليه ، وإن كان معظم حديثه يمتلئ بالرموز وبضرب الأمثال مما يجعل حديثه صعباً على الفهم (٢).

(١) نؤاد محمد كامل وآخرون ، مدخل إلى الطب النفسي الإكلينيكي ، بدران ناشر ، ١٩٨٢ ، ص ١٦ .

(٢) سعد جلال ، في الصحة العقلية ، مرجع سابق ، ص ٢٠٩ .

٣ - الفصام الكتاتونى : Catatonic Schizophrenia

بداية حادة فى سن متأخرة عن الفصام البسيط والهيپرفرنى (٢٠ - ٤٠ سنة) وأهم ما يميزه اضطراب الارادة والحركة مع الأعراض الكتاتونية بالاضافة إلى اضطراب الكلام وهو يستجيب للعلاج بسرعة ويمكن تقسيمه إلى نوعين :

أ - الفصام الكتاتونى المتهيج :

ويتميز بالهياج أو النشاط الحركى المفرط الذى كثيراً ما يصل إلى حد العنف ومن الصعب فهم عواطفه ولا يمكن التنبؤ بافعاله أو فهم معناها لأنها نابعة من اضطراب بداخله وليست موجهة من البيئة خارجه .

ب - الفصام الكتاتونى :

ويتميز بالتثبيط الذى يظهر فى شكل سبات وبكم وخلف والانشائية الشخصية وكذلك الوضع التصلبى أو التمثالى أو وضع الجنين أو حتى وضع الميت (١) .

٤ - الفصام البارانوى : Paranoid Schizophrenia

ويتميز هذا النوع بظهور هذات الاضطهاد وهذات العظمة فى تفكير المريض وتصرفاته . ففي هذات العظمة قد يسمع المريض " صوت الله " أو يرى نفسه نبياً أو قديساً أو صاحب جاه وسلطان أما فى هذات الاضطهاد فقد يشعر المريض بشخص ما أو مجموعة من الناس تتعقبه وتريد به شراً . فأحياناً يرى المريض أن بعض القوى الأجنبية أو حتى أصهاره أو أبناءه أو إخوته يعملون لهدف الإضرار به أو محاربته أو مطاردته أو من أجل الحصول على أمواله أو

(١) فزاد محمد كامل وآخرون ، مدخل إلى الطب النفسى والاكلينيكى ، مرجع سابق ، ص ١٧ .

سياء على ممتلكاته وتعتبر الهذات من التفسيرات الخاطئة للحقائق أو الحوادث التي تقع يومياً في محيط المريض وفي بيئته القريبة كما قد يشعر المريض بالهلوس التي قد تحدث بسبب فقدان الاستبصار مما يجعله عاجزاً عن التفرقة بين صور ذكرياته البعيدة وبين خبراته الإدراكية التي تأتيه من الخارج .

كذلك يتميز الفصام البارانوى باضطرابات الوجدان في البداية ثم تتحول فيما بعد إلى الشعور بعدم المبالاة ، كما في حالة المرضى المزمنين وقد تظهر على المريض أعراض التطرف الديني الذي يكتسب صبغة عدائية أو عدوانية (١).

٥ - الفصام غير المميز : Undifferentiated Schiz

هي حالات ذهانية تستوفي الشروط العامة للفصام ولكنها لا تنطبق على أي نوع من الأنواع المذكورة أعلاه أو تعكس السمات الخاصة بأكثر من نوع واحد منها بمعنى أنه يستبعد الفصام المتبقى وإكتئاب ما بعد الفصام وبعد أن تكون قد تمت محاولة تصنيف الحالة في واحدة من المجموعات الأربعة السابقة (٢) .

٦ - إكتئاب ما بعد الفصام :

نوبة اكتئابية قد تطول مدتها في مرحلة تعقب مرضاً فصامياً ويجب أن تكون هناك بعض الأعراض الفصامية سواء الايجابية أو السلبية ولكنها لا تهيمن على الصورة الاكلينيكية وفي حالة ما إذا كان المريض لا يحمل أعراضاً فصامية عندئذ يجب استخدام تشخيص نوبة إكتئابية ، أما إذا كانت الأعراض الفصامية واضحة وبارزة فإن التشخيص عندئذ يكون تبعاً لنوع الفصام الملانم ومن غير

(١) رمضان محمد القذافي ، الصحة النفسية والتوافق ، مرجع سابق ، ص ١٠٢ ، ص ١٠٣ .

(٢) أحمد عكاشة ، الطب النفسي المعاصر ، مرجع سابق ، ص ٢٩٥ .

المؤكد وغير الأساسى بالنسبة للتشخيص ما إذا كان ظهور الأعراض الاكتئابية هو لانطفاء الأعراض الفصامية وليس نتيجة لظهور مرض جديد أو ما إذا كان الاكتئاب هو جزء داخلى من الفصام أكثر منه رد فعل نفس له ونادراً ما تكون الأعراض على درجة من الشدة أو الشمول بحيث تستوفى شروط تشخيص نوبة اكتئابية حادة وكثيراً ما يكون من الصعب أن نقرر أى من أعراض المريض نتيجة للاكتئاب وأى منها نتيجة للعلاج الدوائى المضاد للذهان أو نتيجة لاضطراب الارادة والتسطح الوجدانى الخاص بالفصام نفسه وبصاحب الاكتئابى خطورة عالية فى الانتحار (١) .

٧ - الفصام المتبقى :

ويسمى أيضاً بالفصام الثمالى وهو يترك بعد أن يشفى آثار بالشخصية مثل الجرح الذى يترك ندبه بعد التئامه (٢) .

وهو يعقب الإصابة بنوبة فصام ، حيث تظل بعض الأعراض الفصامية موجودة بصورة ضئيلة باهتة ، ويعتاد المريض على هذه الأعراض بالتدرج ويتكيف المريض بدرجة من النجاح مع حالته المرضية كما تصبغ الصورة العامة ضحالة العواطف وكثيراً ما يشبه هذا النوع اضطراب نمط الشخصية إلا أن ما يعرف عنه أن للفصام تاريخ سابق لنوبة فصامية صريحة (٣) .

(١) المرجع السابق ، ص ٢٩٥ .

(٢) حلمى أحمد حامد ، مبادئ الطب النفسى ، مرجع سابق ، ص ٣٥ .

(٣) فزاد محمد كامل وآخرون ، مدخل إلى الطب النفسى الاكلينيكى ، مرجع سابق ، ص ٢٠ .

٨ - الفصام الوجدانى :

وهنا يظهر مزيج من أعراض الفصام مع مظاهر صريحة مع الاكتئاب أو الهوس ويميل هذا النوع من نوبات متكررة يشفى بعدها المريض تماماً دون أى تدهور فى الشخصية ، مما يجعل الفصام الوجدانى شبيها بالذهان الوجدانى من ناحية نوباته المتكررة والقابلية للانتكاس إلا أن الاضطرابات الأولى فى الأخير يكون فى الوجدان بينما فى الفصام الوجدانى تكون الاضطراب الأولى فى التفكير وتوجد الأعراض الوجدانية والفصامية مقترنة ببعضها فى نفس الوقت ومن المفيد تقسيم الفصام الوجدانى إلى :

- أ - الفصام الوجدانى الهوس .
- ب - الفصام الوجدانى الاكتئابى .

٩ - أنواع أخرى غير محددة :

الفصام شبه العصابى :

وهو يبدأ بأعراض عصابية ، لكن الانسحاب من المجتمع والانفصال عن الواقع تتجاوز حدود العصاب وتكون هذه الأعراض فى هيئة سلوك هسيترى غامض أو أعراض قهرية شاذة أو أعراض شديدة من القلق أو التوهم المرضى وبالمتابعة لمدة طويلة تتحول هذه الحالات شبه العصابية إلى الفصام بصورته الكلاسيكية (١) .

الإنذار : Prognosis :

الإنذار فى الطب هو التنبؤ بمسار ونهاية المرض إما بالشفاء التام العاجل أو البطئ بالعلاج أو بدونه أو إزمان المرضى على أى شكل كان ويعتبر الإنذار يسير ونتيجة المرض بجانب دقة التشخيص محك مهارة وحذق الطبيب النفسى .

(١) المرجع السابق .

أ - إنذار حسن . ب - إنذار سيئ .

أ - إنذار حسن :

- ١ - إذا حدث الفصام فجأة وبشكل حاد .
- ٢ - نضوج وتماسك وإتزان شخصية المريض قبل حدوث الفصام .
- ٣ - ارتفاع ذكاء المريض .
- ٤ - ظهور الفصام في سن متأخرة بعد الأربعين .
- ٥ - حدوث الفصام بعد صراعات نفسية أو شذائد عضوية (بعد العمليات الجراحية أو الولادة) .
- ٦ - وجود أعراض وجدانية واضحة على المريض سواء زهو أو اكتئاب .
- ٧ - إذا استجاب المريض للعلاج .

ب - إنذار سيئ :

- ١ - حدوث الفصام في سن مبكرة أثناء المراهقة أو بعدها وببطء بحيث لا تكون الأعراض واضحة في أول الأمر وفي شخصية منطقية أصلاً وغير متكيفة مدرسياً أو عملياً أو اجتماعياً .
- ٢ - إذا كان المريض أعزباً أو مطلقاً .
- ٣ - إذا مرت سنة على إصابة المريض قبل اللجوء إلى العلاج .
- ٤ - استمرار الأعراض الذهانية مع تدهور المريض اجتماعياً .
- ٥ - طول مدة الفصام دون حدوث تحسن في حالة المريض (١) .

(١) عبد الرعوف ثابت ، مفهوم الطب النفسي ، مرجع سابق ، ص ١٥٠ .

الفرق بين الانذار الحسن والانذار السيئ لمرض الفصام

م	فصام ذو إنذار حسن	فصام ذو إنذار سيئ
١	وجود أعراض إيجابية أو ثانوية كهذات وهلوس .	وجود أعراض سلبية أو أولية كتبلد وضحولة الوجدان أو سخافة التفكير والكلام وعدم ترابطه و فقدان الدافع .
٢	حدوث المرض بشكل حاد وفي سن متأخرة نوعاً .	حدوث المرض ببطء غير ملحوظ وفي سن مبكرة .
٣	الاستجابة للعقاقير المضادة للفصام .	عدم الاستجابة للعقاقير .
٤	عادة يحدث شفاء .	قد لا يحدث شفاء .
٥	تفكك التفكير غير موجود	موجود أحياناً .
٦	زيادة مستقبلات الدوبامين في المخ .	
٧		نقص في عدد خلايا المخ وزيادة نسبة للتجوات المخية إلى حجم المخ كما تظهرها الأشعة المقطعية (١)

الصورة الاكلينيكية للفصام :

- ١ - نقص الأداء الوظيفي عن ذي قبل : حيث يتدهور انجاز الشخص على مستوى العمل والعلاقات الاجتماعية واهتمامه بنفسه ويلاحظ هذا التغير بواسطة الأهل والأصدقاء :
- ٢ - الأعراض المميزة التي تشمل العديد من الوظائف النفسية :
 - أ - اضطراب التفكير .

(١) المرجع السابق ، ص ١٥١ .

- ب - اضطراب الادراك (١) .
 ج - اضطراب الوجدان .
 د - الاحساس بالنفس .
 هـ - الارادة .
 و - العلاقة بالعالم الخارجى .
 ز - السلوك .

أولاً : اضطراب التفكير :

يبرز خاصة فى صورة اضطراب محتوى التفكير والقوة المتحكممة فى التفكير وشكل التفكير .

١ - اضطراب محتوى التفكير ويشمل الضلالات التى قد تكون متعددة أو غريبة وقد تكون ضلالات اضطهادية (يعتقد الفرد أن آخرين يتجسسونه عليه ويخططون لايذائه) أو ضلالات الاشارة (كمن يعتقد أن مذيع التليفزيون يسخر منه) أو ضلالات أخرى مثل العدمية أو العظمة أو ضلال الاعتقاد بأن قوة خارجية تحكم أفعاله وتصرفاته وقد توجد أفكار مبالغ فى قيمتها أو تناقض محتوى التفكير .

٢ - اضطراب القوة المتحكممة فى التفكير ، فى شكل توهمه أن أفكاره يتذاع على الناس فى وسائل الاعلام أو أفكاره تسحب من رأسه أو توضع فى رأسه أفكار ليست خاصة به وذلك دون إرادة منه وبواسطة قوى خارجية .

٣ - اضطراب شكل التفكير ومن أكثر أشكاله شيوعاً فقدان روابط التفكير حيث تنتقل الأفكار من موضوع إلى موضوع آخر مختلف تماماً دون وعى الشخص بذلك وعندما يزداد فقدان الروابط يأخذ شكل عدم الاتساق

(١) محمود حمودة ، الطب النفسى ، القاهرة ، النجالة ، ١٩٨٥ ، ص ١٨٣ .

وقد يوجد فقد في محتوى الكلام حيث يكون الكلام مناسباً في الكمية ولكنه يتضمن القليل من المعلومات لغموضه أو لأنه مجرد أكثر من اللازم أو يتصف بالتكرارية والأسلوبية .. وقد يوجد انسداد في مسار التفكير ولكنه أقل شيوعاً .

ثانياً : اضطرابات الإدراك :

يظهر في شكل هلاوس متنوعة ولكن أكثرها شيوعاً الهلاوس السمعية . هذه الأصوات قد تكون مألوفة لديه وغالباً تكون ألفاظها مهينة له وقد (١) يكون الصوت لشخص واحد أو لعدد من الأشخاص وقد يكون الكلام موجهاً إليه بصورة مباشرة وغير مباشرة وقد تكون الهلاوس حسية أو تكون هلاوس حشوية بمثل الاحساس بحركة ثعابين داخل البطن ونادراً ما تكون هلاوس بصرية أو تذوقية أو شمعية .

ثالثاً : اضطراب الوجدان :

ويشمل غالباً فقدان الأنفعال أو تناقض الوجدان أو عدم التمايز الوجداني .

رابعاً : الاحساس بالنفس :

الذي يعطى الإنسان السوى الإحساس بالتفرد واتجاه النفس وأحياناً يسمى ذلك بتلاشى حدود الأنبا. ويظهر ذلك في صورة إرتباك هوية الشخص ومعنى وجوده في الحياة أو بعض الضلالات الخاصة .

(١) المرجع السابق ، ص ١٨٣ .

خامساً : الإرادة :

تضطرب قدرة المريض على المبادرة بأنشطة هادفة وموجهة وقد يعوق ذلك أدائه لعمله ، فيصبح غير مهتم بعمله ، أو تصبح لديه ثنائية الإرادة التي تؤدي إلى توقف نشاطه الهادف كما يعوق كل شيء حتى النظافة .

سادساً : العلاقة بالعالم الخارجى :

كثيراً ما ينسحب المريض عن العالم الخارجى ومنصب حول ذاته وعندما تريد هذه الحالة تسمى الذاتوية .

سابعاً : السلوك :

قد تقل حركته ونشاطه التلقائى وتفاعله مع البيئة لدرجة يبدو فيها غير متيقظ للبيئة من حوله وقد يتصلب فى وضع معين ويرفض المحاولات لتغيير هذا الوضع . يصبح السلوك غير محكوم وغير هادف وقد يزداد إلى درجة الهياج أو يزداد جزئياً ذلك فى وجود النمطية (١) .

وقد حدد (كورت شنايدر) مجموعة من الأعراض ذات المقام الأول :

- ١ - الإلتقاط السمعى للأفكار (قراءة الأفكار) .
- ٢ - أهلاس سمعية تتمثل فى أصوات تتحدث فيما بينها .
- ٣ - أهلاس سمعية تتمثل فى تعليقات على أعمال المريض .
- ٤ - أحاسيس جسدية (مفروضة) من الخارج .
- ٥ - سرقة الأفكار .
- ٦ - أفكار مفروضة من الخارج .

(١) المرجع السابق ، ص ١٨٢ .

- ٧ - إنتشار الأفكار .
- ٨ - أحاسيس ومشاعر مفروضة أو موجهة .
- ٩ - إرادة مفروضة أو موجهة (١) .

مراحل متابعة للعملية الفصامية :

- ١ - يبدأ المرض عادة بأعراض مشابهة للنيورا ستيتيا ولذلك يمكننا أن نطلق على المرحلة الأولى النيورا ستينية وبعبارة أدق هي الخمود الجسماني والعقلي فالشاب الذي كانت لديه عقلية سليمة وقدرة على العمل يصبح متردداً شديد الإحساس بنفسه تقلقه مشاكل ميتافيزيقية بدلاً من الإكتئاب إلى عمله وتعذبه مخاوف لا أساس لها ويتخذ عادات قهرية تزداد شكواه الجسمانية فهو متعب ولديه صراع ومتاعب هضمية وهو عديم النوم وهو يحس دائماً بالدوار وتشتد ضربات قلبه وهو يبالي في كافة هذه الأعراض مثله مثل متوهم المرض ويصبح قليل الحيلة بدرجة متزايدة تمثل نفسه بالقلق ويوقف عمله ودراسته ويدير ظهره لأسرته وأصدقائه وينطوي على نفسه ولا يهتم بالعالم وتزداد حساسيته وقابليته للاستثارة والكآبة وغالباً ما تفوت ملاحظة هذه المرحلة على الطبيب فإن المريض لا يلجأ دائماً إلى الطبيب وحتى إذا فعل ذلك فإن شبح الفصام المشؤوم لا يمكن إبراكه الآن ويأمل الطبيب مثل بقية أفراد العائلة أن تكون المسألة ضعفاً مؤقتاً في الأعصاب يمكن شفاؤه بتغيير الجو وتناول بعض المهدئات .
- ٢ - ويثبت عدم جدوى العلاج ويتفاقم المرضي ويتخذ حديث المريض شكلاً مفككاً لا رابط بين أجزائه ويدعى أن الجميع قد أنقلبوا ضده وأنهم يحاولون إيذائه واضطهاده وقتله ودس السم له كما يكشف حديثه عن

(١) محمود هاشم الربرني ، مدخل إلى الطب النفسي وعلم النفس المرضي ، مرجع سابق ، ص ٢٦٠ .

مبالغة في تقييمه لنفسه وهذه هي المرحلة البارانونية من الفصام بما يصحبها من هذات العظمة والاضطهاد وتتميز بالاتهامات إذا تمتلئ نفس المريض التي تفاقت حساسيتها بالشك والعداوة .

٣ - ثم يبدأ التركيب الفصامي الكلي في الاتضاح بجلاء فيتعرض تفكير المريض وكلامه إلى مزيد من الاضطراب ولا يعود في الامكان فهم المضمون الصحيح لاتهامات المريض وتتحول الهذات إلى شذرات عديمة المعنى فالمريض يتكلم دون مرونة أو تعقل ودون تسلسل منطقي وهو غالباً لا يهتم بالمعنى بقدر إهتمامه بإيقاع الكلمات فنجدده يكرر تركيبات من الكلمات عديمة المعنى (١) .

الوقاية من الفصام :

تعتبر الوقاية من الفصام من أهم الأمور بالنسبة للمعنيين بهذا المرض إلا أن أسباب الفصام أكثر تعقيداً ولم يلق موضوع الوقاية من الفصام حتى الآن ما يستحق من اهتمام ، نظراً لتشعباته المعقدة .

وفيما يلي ثلاثة أنواع من الوقاية هي :

١ - الوقاية الأساسية : وهي تهدف لإزالة الأسباب المهيئة التي تؤدي إلى إمكان حدوث الفصام أو تزيد الاستعداد للاصابه به ، سواء كانت تلك وراثية أم بيئية .

٢ - الوقاية ذات البعد الطولي : وهي تهدف إلى مساعدة الفرد طوال حياته وخاضعة في المرحلة المبكرة منها على تجنب الظروف والأحداث ،

(١) ترجمة قدرى حننى ، لطفى فطيم مراجعة د: أحمد عكاسة ، الإنسان والجنون ، مذكرات (طبيب امراض عقلية) ، دار الطليعة ، بيروت ، ١٩٧٥ ، ص ٢٠٤ - ٢٠٥ .

والأوضاع المستديمة التي من شأنها أن تعجل بمخاطر تحول ما قد كان إمكاناً أو تهيؤ للمرض إلى مرض فعلي .

٣ - الوقاية من الأزمات : وهي التي تحاول مساعدة الشخص ذي الاستعداد للفصام على تجنب أحداث ضاغطة من نوع خاص بمقدورها أن تسبب المرض .

وسوف نتناول كل نوع بشئ من التفصيل (١) .

أولاً : الوقاية الأساسية :

يوجد دليل شبه مؤكد أن الاستعداد للفصام له أساس وراثي ووفقاً لما عرف إن مرض الفصام لا يورث ، وإنما الذي يورث هو الاستعداد للإصابة به وعلى ذلك فالوقاية الفعالة تتحدد في منع إنتقال ذلك الاستعداد الوراثي من جيل إلى جيل بحيث أن الأفراد مهما تعرضوا لخبرات نفسية ضاغطة أو بالغة الأثر ، فإنهم لن يصابوا بالمرض . وكل ما يستطيع الأخصائي قوله هو أنه إذا كان أحد الوالدين مصاباً بالفصام فإن احتمال إصابة أطفاله يزيد معدله عن المتوسط العام ، إلا أنه تظل لديهم فرصة لا تقل نسبتها عن ٩٠ إلى ٩٥٪ في ألا يصابوا بالفصام ومن الصعب النصح بعدم الزواج أو على الأقل بعدم الانجاب، لأولئك الذين يمكن أن يكونوا حاملين للاستعداد الوراثي للفصام ما لم تكن نسبة توريت ذلك الاستعداد عالية . وهي كذلك في حالة ما إذا كان زوجي المستقبل قد أصيب كلاهما بالفصام.

(١) سيلفانوا أريتي ، ترجمة د. عاطف أحمد ، الفصامي : كيف نفهمه ونساعده دليل الأسرة والأصدقاء ، عالم المعرفة العدد ١٥٦ ، ١٩٩١ ، ص ٢٢٥ .

إذا كان توريث الاستعداد للفصام قائماً لدى شخص ما ، كان مصمماً على الزواج فيجب إرشاده إلى كيفية توفير بيئة أسرية ملائمة وتقليل مخاطر المرض .

الظروف البيئية للطفولة :

يبدو مؤكد أن التهيئة الوراثية للفصام ، يمكن ألغائها تأثيرها ، بتوفير ظروف بيئية ملائمة في فترة الطفولة . وعلى ذلك يجب أن تدور الوقاية من الفصام حول إزالة الأسباب التي من شأنها أن تجعل البيئة الأسرية غير سوية من الناحية النفسية .

زواج الآباء :

يعتبر عدم التوافق الزوجي بين الأبوين من أهم العوامل وأكثرها شيوعاً في خلق بيئة غير صحية بالنسبة للأبناء . فمن شأن عدم التوافق أن يقوى ما قد يكون قائماً من سمات سلبية في شخصية كل من الزوجين صحيح أن هناك الكثير من حالات عدم التوافق الزوجي وأن نسبة ضئيلة فقط من أبنائهم يصابون بالفصام. ذلك أنه لا بد من أن يكون هناك (١) استعداد وراثي بالإضافة إلى عوامل أخرى كثيرة ، ليس هذا فحسب بل يتعين أن يكون عدم التوافق الزوجي غير ملائم للتكوين النفسي للأطفال بحيث يحول بينهم وبين أن يتوحدوا بدرجة كافية مع أحد الوالدين أو أن يشعروا بالحد الأدنى من الأمان .

الأبوة والأمومة :

قد يجد الأزواج غير الموفقين إرضاء وتعويضاً نفسياً في إنجاب الأطفال وبخاصة في البيئات الثقافية التي تعتبر فيها الأبوة والأمومة أهم أهداف الزواج ولا

(١) المرجع السابق ، ص ٢٢٦ ، ص ٢٢٧ .

يضر الأطفال كثيراً في مثل تلك الأحوال أما في البيئات الثقافية التي تحتل فيها الأبوة والأمومة مكانة هامة أو تعتبر ذات أهمية ثانوية في العلاقة الزوجية ، فإننا نجد أن الأزواج غير الموفقين يكونون أيضاً آباء سيئين . وثمة وظيفة للمرأة لا يمكنها التخلي عنها وهي الأمومة . لكن قيامها بتلك الوظيفة لا يعنى إبتعادها عن ممارسة جوانب الحياة الأخرى العديدة والهامة .

ثانياً : الوقاية ذات البعد الطولى :

يهدف هذا النوع من الوقاية إلى التخفيف من أثر الظروف البيئية غير الملائمة في مرحلة الطفولة . ويحاول تعديل الأحوال الاجتماعية بطريقة تتيح تحقيق أيسر الاحتياجات الأساسية للفرد في طفولته ، أو صباه أو في سن الرشد ، ولا تدع الضغوط غير العادية تتجاوز قدرة الفرد على إحتمالها .

والوقاية ذات البعد الطولى تواجه صعوبات في تحقيقها لأن الأسرة لا تطلب المشورة المتخصصة إلا حين تصبح الحاجة إليها ملحة للغاية . وكذلك لأن المجتمع بعامة لا يعبر اهتماماً للمشكلات النفسية وهناك مؤثرات أخرى خارج محيط الأسرة قد تساعد على حدوث الفصام والواقع ، أنه يمكن القول بأن أى عامل من شأنه أن يشكل ضغطاً نفسياً قد يكون ذا أثر ضار على الطفل ذى القابلية للمرض . مثل الفقر والمساكن غير الملائمة ، والجريمة وإدمان المخدرات وإزالة مثل تلك الظروف غير المواتية شئ مهم ليس في ذاته فحسب ، بل لأنه سيققل بصورة غير مباشرة من الضغوط النفسية التي تساعد على حدوث الفصام .

ثالثاً : الوقاية وقت الأزمات :

وهي تعنى مساعدة المريض وقت حدوث أزمة يحتمل أن تكون سبباً مباشراً في إصابته بالفصام لذلك قد تكون الوقاية وقت الأزمات من أصعب الأمور وقد تكون في أحيان كثيرة موقفاً معيناً سيشكل تحدياً حقيقياً للمريض . ونحن نعرف أن المواقف الصعبة أو حتى الأزمات يمكن أن تحفز طاقات الشخص العادى وتتضج شخصيته ، بينما قد تؤدي إلى اختلال شخصية الفرد المؤهل للمرض إلا أننا رغم ذلك لسنا في وضع يمكننا من تجنب المريض مثل تلك المواقف .

ولكى نحول دون وقوع أزمة نفسية لشخص ما علينا أن نحيطه برعاية شخصية تيسر له سبل مواجهة الموقف الجديد ، وعلينا أن نسعى لتخفيف مضاعفاته ، أما تخفيف المضاعفات فهو أمر يصعب تنفيذه دون أن نجور على حقوق المريض إذا يجب ألا نخفى عنه تقيمنا للموقف فإذا أصر على المضى فيما ينوى ، فيجب ألا نقف ضده ، بل نساعد على التقليل من الأخطار التي ينطوى عليها . وإذا لم يكن بمقدور أحد أقارب المريض أن يساعده وقت الأزمة أو في موقف تحد غير عادى ، فيجب أن يقوم أحد المختصين بتلك المهمة وأحياناً يمكن عن طريق علاج قصير المدى اجتياز أزمة كانت بغير ذلك يمكن أن تؤدي إلى اضطرابات خطيرة (١) .

(١) المرجع السابق ، ص ٢٣١ ، ص ٢٣٢ ، ص ٢٣٥ .

خاتمة :

إن الفصام مرض لا يمكن تجاهله ومع ذلك فقد لوحظ أنه في السنوات الأخيرة استحوذت أمراض أخرى على اهتمام أكبر بكثير على أن الفصام لم يحظ بمثل ذلك الاهتمام ورغم أن كثيراً من الفصامين قد غادروا المستشفيات إلا أن عدد الفصامين الذين مازالوا بالمستشفيات يفوق عدد المصابين بأمراض أخرى ولا توجد حالة تماثل الفصام من حيث الأعباء الاقتصادية التي تحملها للدولة والأسرة . فمنذ سنوات قليلة قدر ما كلفه مرض الفصام للدولة بحوالى ١٤ مليون دولار سنوياً واليوم ربما تبلغ التكاليف ضعف هذا الرقم وقليلة هي الأمراض التي تعوض حياة من يصاب بها مدة طويلة كما في الفصام . إذ على الرغم من أن الفصام قد يحدث لفترة قصيرة - وردت تقارير عن حالات فصامية لم تزد مدتها عن يوم أو اثنين وحتى لو قارنا بين الاهتمام الذي يبديه الرأي العام تجاه الفصام وبين ما يبديه تجاه أنواع أخرى من الاضطرابات النفسية . ولو قدرنا أهمية المرض بمدى خطورته على الحالة العقلية أو بمدى تأثيره على كفاءة الوظائف العقلية ، لوجدنا أن الفصام يحتل المرتبة الأولى بلا منازع . وقد يقال إن مرضى الفصام يسلكون بشكل ردى في الأنشطة العملية والاتصالات والاحتكاكات الاجتماعية فهم لا يستطيعون الاستجابة مع المجتمع ويجب أن يعتبر الكثيرين إن لم يكن معظم مرضى الفصام على أنهم شخصيات معرضة للأذى والكثيرين منهم يظهرون في المرحلة الحادة لمرضهم أنهم قادرين على التغلب على إعاقاتهم إذا قدمت لهم المساعدة وهؤلاء المرضى ليسوا بالضرورة فاسدين عقلياً فقد يكونوا من ذوى الذكاء المرتفع ولكنهم نادراً ما يستطيعون بالتغلب على مواقع المسؤولية وخاصة عندما يكونون مطلوبين للإشراف أو التفاعل مع آخرين ومن ثم فإنهم

ناجحين فى واجبات يستطيعون فيها العمل من جانبهم مع إتصالات رسمية بسيطة مع زملائهم (١) .

قضى السنوات الأخيرة تخلصت مستشفيات الأمراض العقلية والنفسية من غالبية عظمى من مرضى الفصام بها وإعادتهم إلى المجتمع تحت رعاية الممارسين العاملين بضمان إن المرضى يخضعون لجرعات من الأدوية تستمر لمدة العام الأول أو لعامين على الأقل بعد خروجهم من المستشفى ويجب أن يكون الطبيب مستعداً لأن يساعده الأخصائى الاجتماعى أو الممرضة إذا ظهر إن مرضاه لديهم صعوبات إما فى العمل أو علاقاتهم المنزلية .

وقد كان قرار إدارة مراكز كينيدي للصحة العقلية الذى صدر فى ١٩٦٣ يهدف إلى توفير مشاركة فعالة للمجتمع فيما يختص بالمرض العقلى ومن ثم يؤكد على مبدأ خروج المرضى من المؤسسات العلاجية وإعادة ربطهم بعائلاتهم بالمنازل والتخفيف من عملية إستمرار بقاء المرضى فى مصحات علاج الأمراض النفسية والعقلية (٢) .

ومن هنا يأتى دور الخدمة الاجتماعية والاخصائى الاجتماعى لمحاولة ربط الفصامى بالبيئة سواء كان ذلك داخل مستشفيات الأمراض العقلية عن طريق العلاج الجماعى وغيره من أنواع العلاج التى تحاول إدماجه مع غيره من المرضى . أو خارج مستشفيات الأمراض العقلية بمتابعته داخل بيئته الطبيعية ومحاولة تصحيح علاقاته فى المجتمع وإدماجه فى الحياة اليومية لأنه غالباً ما

(1) Daivdson's Principles and Practice of Medicine, John Macleod, The English Language Book Society Chupchill Livingstone 1978, P. 190 - 192 .

(2) Social Work, March - April, 1987, Volume 32, Number 2, P. 122 .

ينظر الناس إلى الفصامي بنفور لأنه بعزوفه عن الناس يعطى إنطباعاً بالخوف منهم أو برفضه إياهم . فهو يتخذ أحياناً وضعاً يبدد فيه وكأنه ليس لديه ما يفعله إزاء ما يحدث حوله ، أو يبدو وكأنه ينظر إلى الكون بأسره بترفع لا حد له فتلك الانطباعات عن الفصامية بعيدة عن الحقيقة . فهي ليست سوى الانطباعات التي يحملها الفصامي إلى الآخرين وغالباً إلى نفسه أيضاً لكن رغبته الخفية هي إعادة التواصل مع المجتمع الإنساني .

وفي الفصل القادم سوف ألقى الضوء على دور الخدمة الاجتماعية مع مرضى الفصام ودور الاخصائي الاجتماعي مع مريض الفصام .

الفصل الثالث الخدمة الاجتماعية ومرضى الفصام

مقدمة :

الدراما الأساسية لهذا الاضطراب العقلي تصل إلى نروتها داخل الفرد الذى يعانى منه . فالفصام لا يسبب ألماً عضوياً ، ولكن شدة المعاناة العقلية التى تنشأ عنه تبلغ من الضراوة ما يجعل المريض يقبل فى سرور مقايضته ألماً عضوياً ، بل أحياناً يحدث الفصامى عامداً إصابة فى جسده ، آملاً أن يخفف الألم العضوى من هول الألم العقلى . هذا الألم العقلى الهائل الذى تشدّد حدته فى المرحلة الأولية للمرض ، تسبقه بدوره معاناة طويلة : لم يلحظها أحد ، ولم يهتم بها أحد ولم تثر رغبة أحد ، وهى معاناه قد تمتد فى الماضى حتى الطفولة من الاحساس بالرعب الناتج عن رؤيته لنفسه مقطوع الصلة بالعالم فهو يجد نفسه غير قادر على فهم الآخرين ، كذلك يجد الآخرون أنفسهم غير قادرين على فهمه وهو يشعر بنفسه وحيداً معزولاً لكنها عزله غير كاملة لأن لديه قناعة بأن قوى غامضة تحيط به أو بأن أناساً معينين يلاحقونه ليقعوا به الأذى وما لم يشف أو يتحسن فإن ذلك احتمال مرجح بنسبة ٢ : ١ لصالحه فإن قواه الوظيفية سوف تأخذ فى التدهور بشكل متزايد إذ سوف تقل شيئاً فشيئاً قدرته على التمتع بالحياة وقدرته على الأخذ والعطاء وقدرته على الشعور بالأمل وعلى الابداع . فالزمن كما يحس به لم يعد يتحرك ، فليس ثمة تقدم إلى الامام ولا تراجع للخلف بل هو متوقف بلا حراك عند تلك الحالة من الدمار المترامى الأبعاد .

ومن المهم أن يكون لدينا شعور بالتعاطف تجاه المريض عقلياً ، وأن نكون متفهمين لطبيعة معاناته ، وأن نكون متحريين من مشاعر التحامل عليه بل ربما كان الأهم من ذلك أن تكتسب حسن القرابه تجاه المريض ، لأن الإحساس بالقرابة ينطوى على التعاطف وعلى التخلّى عن أى تحامل وسترداد حينئذ قدرتنا

على مساعدته كما قد ينشأ لدينا في كثير من الأحيان شعور بالأعجاب تجاه المريض^(١).

لقد شهد العقد الأخير تغييراً واضحاً في بؤرة الاهتمام لمختلف مجالات الخدمة الاجتماعية بما فيها الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية فبعد أن كان التركيز في العناية ينصب على الفرد فقد تحول إلى الجماعة والأسرة ثم اتجه بعد ذلك إلى المجتمع وهذا لا يعنى أن الفرد أصبح أقل أهمية وإنما يعنى أن طريقة العمل المهنية التقليدية لم تعد كافية وأصبح من الضروري على المشتغلين بالخدمة الاجتماعية النفسية أن يسايروا التغيرات العلمية الاجتماعية والثقافية بتغيرات مماثلة في مجالات وأساليب عملهم ودون الحاجة إلى الدفاع الزائد عن وجهة نظرنا فيمكننا أن نوجز أن الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية قد تبلورت منذ نشأتها على أنها جهود مهنية توجه للمريض لتحقيق أقصى استفادة ممكنة له من علاج الطبيب النفسى أو جهة الفريق المعالج ومن كافة الامكانيات المتاحة لعلاج المريض بالمستشفى أو بالوحدة العلاجية أى كان نوعها وهى بهذه الصورة تعنى بالدرجة الأولى بالمشكلات والحاجات النفسية الاجتماعية للمريض أو مجموع المرضى بل وأسره والمنظمات التى تقدم أهم الخدمات وبما أن الخدمة الاجتماعية تعتبر جهوداً مهنية أى أن ممارستها يجب أن يقوم بها متخصص فى الخدمة الاجتماعية، ينال من التدريب والتعليم ما يمكنه أن يفهم ويقدر إمكانيات المريض والتعرف على حدوده فى أداء أدواره الاجتماعية فى ظل ضغوط المرض أو العجز الجسمى ، من ثم يمكنه أن يقوم بالتشخيص واقتراح حل المشكلات ومتابعة تنفيذها بطريقة تهدف أساساً إلى تكيف المريض مع ظروف مرضه وقد اقتصر مجال الممارسة

(١) سيلفانو أريتي ، ترجمة د: عاطف أحمد ، الفصامى : كيف نفهمه ونساعده دليل للأسرة وللأصدقاء ،

مرجع سابق ، ص ١٨ ، ص ١٩ .

فى الخدمة الاجتماعية النفسية على الأقسام الداخلية للمستشفيات ومرضى العيادات الخارجية الحكومية وقد ألقى هذا على الممارس مسئولية مزدوجة فى الانتماء فهو ينتمى إلى المستشفى أو الوحدة الطبية التى يعمل بها وعليه الاسهام فى تحقيق أهدافها وأداء وظيفتها وهو أيضاً ينتمى إلى مهنة الخدمة الاجتماعية التى تعتبر بالنسبة للمستشفى مهنة مساعدة ومن ثم فإن عليه أن يوضح دائماً هدفاً للمستفيدين من جهوده أو للمشاركة فى بذل الجهد بالنسبة للمريض النفسى وفى القرن الحالى إتسع مجال الخدمة الاجتماعية النفسية وأثبتت الممارسة أهمية فهم كافة أبعاد الموقف الاجتماعى والظروف النفسية للمريض باعتبارها عوامل مؤثرة بدرجات مختلفة فى الحالة (١) .

وسوف أعرض فى هذا الفصل للخدمة الاجتماعية ومرضى الفصام لتوضيح أهم نظريات الخدمة الاجتماعية التى تصلح مع مرضى الفصام وأهم أربع ظواهر تساعد فى طبيعة الأسرة ، سمات شخصية الوالدين والعلاقات بين الآباء والأبناء ، العلاقات بين أعضاء الأسرة ، أسلوب التنشئة الاجتماعية فى الأسرة ، ثم عرضت للخدمة الاجتماعية الطب عقلية وخدمة الفرد الطبية النفسية ثم هدف الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية ثم الخدمة الاجتماعية فى مجال الطب النفسى (نشأتها وتطورها) ثم دور الخدمة الاجتماعية النفسية .

أولاً : أثر البيئة الاجتماعية فى ظهور مرض الفصام :

يتكيف الإنسان للبيئة الاجتماعية التى يعبر عنها بالمجتمع الذى يعيش فيه تماماً كما يتكيف مع البيئة الطبيعية فالنشاط العقلى كالنشاط الفسيولوجى يتجه نحو التعادل والتوافق بطريقة تلائم الجسم وهما معاً يقرران تحقيق التناسق والتوازن بين

(١) ساميه محمد فهمى ، ممارسة الخدمة الاجتماعية فى المجال النفسى ، مرجع سابق ، ص ١ - ٥٠ .

الانسان وبيئته الشاملة والفرد لا يحصل غالباً على المكان الذى يطمع فى الوصول إليه داخل المجتمع الذى يكون عضواً فيه إلا ببذل الجهود فهو يرغب فى الثروة والعلم والنفوذ والقوة والتمتع بمناهج الحياة وهو فى ذلك مدفوع بطموحه وطمعه وفضوله وشهوته ، ولكنه يجد نفسه فى بيئة لا تهتم به داتماً وقد تكون معادية أحياناً فسرعان ما يدرك أن عليه أن يناضل ويكافح فى سبيل ما يُريد وتتوقف طريقته فى النضال مع أحواله الاجتماعية على تركيبه الشخصى فبعض الناس يتكيفون بالتغلب على بيئتهم وبعضهم ينزع إلى الهرب منها وبعضهم يرفض قبول قواعدها ومن هنا يصاب الانسان بالفصام . فمريض الفصام يحتاج إلى فهم أوسع وعلاج أكثر مرونة وينطبق نفس الحال وفى نطاق أوسع على هذا العدد الهائل من الحالات النفسية التى تتوء بها كل المجتمعات والتى لا تؤدى خطورتها إلى ضرورة الالتجاء إلى المستشفيات العقلية (١) .

ثانياً : العوامل البيئية المهيئة لمرض الفصام :

لقد أوضحت الدراسات الحديثة أن الفصام مرض ينتشر فى جميع الثقافات المتحضرة والبدائية على حد سواء .

وهناك حقيقة ثابتة أخرى هى أن هناك بعض المجتمعات التى تمارس ضغطاً أكثر من غيرها من المجتمعات على الأفراد الذين يعيشون فيها وبطبيعة الحال فإن هذه الضغوط تجعل النمو أكثر صعوبة بالنسبة للفرد فالنمو يحدث فى الجو الخالى من التوتر والضغط والتزمت اذا أخذنا الدخول فى المستشفى كمعيار

(١) عبد رب النبى محمود ، علم الاجتماع فى الميدان الطبى ، رسالة ماجستير ، الاسكندرية ، ١٩٦٥ ،

للمرض فى المجتمعات البدائية فإننا نجد أن نسبة دخول المستشفيات فى المجتمعات المتحضرة أكثر من المجتمعات البدائية ويمكن تفسير ذلك بعاملين :

١ - إن الحياة فى وسط مجتمع حضارى غاية فى التعقيد والمجتمع وصل إلى قمة التقدم التكنولوجى والحياة مليئة بالضغوط والصعاب التى تعوق نمو الذات .

٢ - إن الشخص الذهانى أكثر قدرة على المعيشة فى مجتمع بسيط وسهل وبدانى دون أن يكشف أمره ودون أن يدخل المستشفى .

ولذلك يدرس كل نمط ثقافى على حدة وأن نحدد مقدار ما يحتمل أن يسببه من أمراض وكذلك يقال إن الحضارة الغربية أكثر إنتاجاً للفصام عن الثقافة البدائية وكذلك يجب أن نتوقع أننا سوف نجد أسباباً خاصة للفصام فى كل مجتمع من المجتمعات .. وبصرف النظر عن الثقافة العامة التى يعيش فى وسطها الفرد فإن بيئته المباشرة أو الملاصقة وعلى وجه الخصوص أسرته تعد عاملاً مؤثراً وهاماً وفعالاً فى نمو شخصيته (١) .

فى الواقع يصعب التنبؤ بأنه إذا ظهرت علاقات أسرية معينة يحتمل معها ظهور اضطرابات نفسية معينة مثل الفصام بين بعض أعضاء هذه الأسرة ذلك لأن هذه الاضطرابات تعد محصلة لسلسلة من التأثيرات والظواهر الأسرية ، مثل طبيعة الأسرة ونوعية العلاقات بين الآباء والأبناء وسمات شخصية الوالدين ومدى تقبل الأبناء والعلاقات بين أعضاء الأسرة وأسلوب التنشئة الاجتماعية .

(١) عبد الرحمن العيسوى ، علم النفس ومشكلات الفرد ، منشأة المعارف ، الاسكندرية ، بدون سنة نشر ، ص ٣٢٤ .

أ - طبيعة الأسرة :

ونعنى بذلك هل الأسرة منعزلة عن غيرها أو مندمجة مع غيرها من أسر؟ حيث تقتصر العلاقات والاتصالات فى الأسرة المنعزلة على أعضائها (١) فى نشاطات المجتمع المحلى وتوقعاته فينظر إليهم جيرانهم باعتبارهم غرباء عنهم وليسو منهم وفى هذا النوع من الأسر يحذر أحد الوالدين الذى له السيطرة والأهمية وعادة ما تكون الأم على بقية أعضاء الأسرة بل تمنعهم من إقامة علاقات خارجية الأمر الذى يترتب عليه تدهور شخصياتهم ويصعب عليهم تنمية علاقاتهم الخارجية فيتأخر نضجهم الشخصى ويزداد مع ذلك احتمال التمهيد لظهور السلوك المضطرب بين أبنائها .

ب - سمات شخصية الوالدين والعلاقات بين الآباء والأبناء :

تعتبر شخصية الوالدين بمثابة مؤشر مناسب يساعد على فهم العلاقات بين الآباء والأبناء ، طالما كانت سمات شخصياتهم تعد بمثابة مؤشرات تؤثر على علاقاتهم الدينامية بأبنائهم .

فلقد لوحظ أن السيطرة قلت أو زادت وأن عدم إستقرار الوالدين من بين أكثر السمات دلالة بين الأطفال الذين يعانون من الفصام وهذا ما تؤكدته نتائج دراسة (ليدز ولينز) عندما وجد أنه من بين (٥٠) من هؤلاء الفصامين قد انحدر (٤٥) منهم عن أسر غير مستقرة ويتسم والديهم بعدم الاتزان بينما انحدر (٥) منهم فقط عن أسر مستقرة نوعاً وامتاز فيها الوالدين بالتوافق والاتزان النسبى .

(1) S.Kirson : Weinberg, Types of Family Patterns That Contribute to mental disorders in : S.Kwein Weinbery, The Sociology of Mental disoeder, P. 88 .

ولعل عزله الأسرة والسمات الشخصية للوالدين والعلاقات بين الآباء والأبناء والعلاقات بين أعضاء الأسرة ، التي يحتمل معها أن يصاب الأبناء بالفصام أو غيرها من الاضطرابات العقلية تطبع في مجموعها أسلوب التنشئة الاجتماعية في الأسرة وتجعل الوالدين وبخاصة الأم تتجه في تعاملها مع الأبناء نحو الاستبداد والسيطرة وعزل الأبناء عن محيطهم الأمر الذي يسهم في تأخير نموهم وإستقلالهم العاطفي وعزلتهم عن جماعات القرناء ويجعلهم عرضة للإصابة بمثل هذا النوع من الاضطرابات وهذا ما أكدته " لوداس " (Ludas) في كثير من دراساته لأثر التنشئة الاجتماعية على احتمال الإصابة بالفصام (١) .

ثالثاً : الخدمة الاجتماعية الطب عقلية :

الأسلوب الذي يجيده الاخصائى الاجتماعى هو دراسة الحالة والتي تعرف من وجهة نظر الخدمة الاجتماعية بأنها الطريقة المهنية التي يمكن بها مساعدة الناس بهدف استغلال قدرات الفرد وإمكانياته في بيئته للتوصل إلى تكيف أحسن ويتضمن مقابلة العملاء ومقابلة أهليهم وذويهم سواء في المكتب أو في المنزل للحصول على أقصى ما يمكن من المعلومات عن المريض وبيئته مما قد يساعد في علاجه وإعادته إلى المجتمع كما يتضمن متابعة المريض بعد شفائه لمساعدته على بلوغ أقصى درجة من المواءمة والتكيف وعلى الرغم من أن الخدمة الاجتماعية ولدت في المجتمعات الرأسمالية كعمل خيري يهدف إلى إعطاء المساعدات المادية للمحتاجين فإن المساعدة المادية لا تحتل حالياً في هذا الميدان إلا مركزاً ثانوياً اللهم إلا في الهيئة الحكومية التي يقتصر تخصصها على ذلك .

(١) على عبد الرازق جليبي ، الطب النفسي الاجتماعي النظرية والتطبيق ، مرجع سابق ، ص ٥٥ - ٦٠ .

والخلاصة أن الاختصاصي الاجتماعي رجل مهني مدرب على فن المقابلة ولديه معرفة عن العلاقات الأسرية وديناميكاتها والنظم الاجتماعية السائدة في المجتمع مما يؤهله لمساعدة من هم في حاجة إلى المساعدة لمساعدة أنفسهم وذويهم وقد يكون تعامل الاختصاصي مباشراً في المستشفيات مع المرضى وذويهم وغالباً ما يقوم بتغيير الإجراءات التي تتخذ مع المريض وتطور حالته كما يسعى لمحاولة تعديل البيئة المنزلية وإيجاد العمل المناسب للمريض بعد خروجه من المستشفى وتحقق الخدمات التي يقوم بها الاختصاصي بتنسيق الاتصال بين الاختصاصيين في المؤسسات الأخرى في البيئة لتنسيق الخدمات وتحقيق أقصى ما يمكن فيها (١) .

الخدمة الاجتماعية في مجال الطب النفسي :

نشأتها وتطورها :

بظهور حركة الصحة العقلية بدأ التفكير الجاد في إدخال الخدمة الاجتماعية النفسية كجزء مكمل للعلاج والوقاية معاً ، ويرجع الفضل في ذلك للدكتور (أدولف ماير) الذي اهتم بالدراسة الاجتماعية والبيئية لمرضاه وكان لهذه الدراسة أثر فعال في علاجهم وبالتالي في تأكيد أهمية العوامل والعلاقات الاجتماعية للإنسان في حدوث وعلاج المرض النفسي والعقلي .

ويعزى تقدم الخدمة الاجتماعية النفسية إلى تقدم الطب النفسي الاجتماعي، حيث كان الاتجاه الأول في العلاج النفسي يرى أن المشكلات العقلية ترتبط في جذورها العميقة بالظروف البيولوجية التي تتأثر بصورة مباشرة بالعوامل

(١) سعد جلال ، في الصحة العقلية الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية ، مرجع سابق ،

الاجتماعية التي تحتاج إلى العلاج الطبى أكثر من حاجتها إلى العلاج النفسى أو الاجتماعى .

وبالرغم من ذلك فإن بعض الرواد الأوائل من الأطباء النفسيين كانوا يؤكدون أهمية البيئة الاجتماعية فى كثير من الاضطرابات العقلية وتحتاج بالتالى إلى العلاج الاجتماعى فالمريض يعانى من جراء ظروف لا يمكن علاجها علاجاً كاملاً دون الاهتمام بالبيئة الاجتماعية وقد يتغير علاج المريض كفرد علاجاً ناجحاً إلا إنه يحتاج بالرغم من ذلك إلى التوجيه لتحقيق التكيف الملائم مع أسرته وجيرانه وزملاء العمل وفى غيرها من مواقف الحياة المختلفة وقد هيا هذا النوع من التفسير الاجتماعى لطبيعة العلاج أساساً تقيم عليه الخدمة الاجتماعية النفسية نشاطها (١) .

وحسب نظرية تقسيم العمل كان من الطبيعى أن تقوم جماعة من الاختصاصيين فى الخدمة الاجتماعية لتقديم مساعدتها للأطباء النفسيين للاستفادة من الحقائق الاجتماعية فى حالات الأمراض العقلية وإذا كان الطبيب النفسى أكثر خبرة وتخصصاً فى الجوانب النفسية للمرض العقلى فإن الاختصاصى الاجتماعى النفسى أقدر على إكتشاف الضغوط الاجتماعية وتأثيرها فى حالة المريض ولا يقتصر عمل الاختصاصى الاجتماعى النفسى على الاسهام فى عملية التشخيص ليساهم بدور كبير فى عملية العلاج وكما يستخدم مهارته العلمية فى جمع الحقائق ودراسة أثر خبرات المريض الاجتماعية فهو يستخدم مهارته كذلك فى تحقيق تكيف المريض فى جماعة الأسرة وفى المجتمع الخارجى ولذلك يشمل عمل

(١) محمرد حسن ، الخدمة الاجتماعية فى الجمهورية العربية المتحدة ، ط ١ ، دار المعارف ، ١٩٦٧ ، ص ٦٣٨ ، ص ٦٣٩ .

الاخصائى النفسى كلاً من عمليات التشخيص والعلاج وإلى جانب عمل الاخصائى الاجتماعى النفسى مع الطبيب النفسى فإن الاخصائيين الاجتماعيين عامة كانوا يهتمون بمشكلات الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات العقلية وكان ازدهار حركة الصحة النفسية نقطة تحول فى اهتمام الاخصائيين الاجتماعيين بالمظاهر النفسية فى مشكلات عملاتهم .

أما فى انجلترا تعتبر الخدمة الاجتماعية النفسية واحدة من أحدث أشكال الخدمة الفردية وذلك لأنه حتى عام سنة ١٩١٩ لم يكن يستخدم اخصائيون اجتماعيون نفسيون وبدأ العمل الاجتماعى النفسى بعد حصول بعض الاخصائيين الاجتماعيين على دراسات اجتماعية نفسية فى لندن وبالرغم من أن العمل الاجتماعى النفسى قد تقدم بصورة كبيرة من خلال توجيه الأطفال فإن احتياجات المرضى الكبار لم تهمل وبدأ التوسع فى الافادة من جهود الاخصائيين الاجتماعيين فى المجال النفسى للأطفال والكبار على السواء (١) .

رابعاً : خدمة الفرد الطبية النفسية :

خدمة الفرد الطبية النفسية هى ذلك النوع من خدمة الفرد المرتبط بالطب النفسى والصحة العقلية ويندمج فى برامج المؤسسات التى يكون هدفها الرئيسى دراسة وعلاج الاضطرابات النفسية والعقلية والوقاية منها (٢) .

(1) Cherry Morris, Social Case Work, Greet Britation London Publishers Faber and faber, L.T.D 1950, P. 100 .

(٢) إمام أحمد محمد عبد الله ، الخدمة الاجتماعية فى مجال الطب النفسى ، الكتاب الجامعى ، بدون سنة نشر ، ص ٧٩ .

خامساً : هدف الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية :

المعروف أن لكل سلوك غرض وهو تعبير عن حاجات الفرد أو هو محاولة للتلاؤم في ظل هذه الحاجات وقد أصبح من المعلوم أن الأمراض النفسية أو العقلية ما هي إلا أنواع من عدم التوافق أو التكيف البيئي مبعثها ألوان من الحرمان الشخصي وتعتبر أعراض المرض وظائف النفس المعتلة بسبب الحرمان والفشل الذي لم تقو على احتماله وغالباً ما تكون أسباب الفشل في عدم تحقيق الرغبات المختلفة وخيبة الأمل التي يشعر بها المريض شعوراً قوياً وغالباً ما تكون هذه الأسباب كثيرة ومتنوعة ومركبة يكمل بعضها البعض الآخر تمتد جذورها في مناطق متباينة من حياة المريض ومنها الأسباب النفسية والاجتماعية والتشريحية فإذا أردنا فهم المشاكل الوجدانية فهماً كاملاً فلا بد من دراسة الأسباب كلها مع توجيه عناية خاصة للأسباب الحالية وربط بعضها ببعض لمتابعة تطور العلة - فدراسة أحوال المجتمع وردود أفعال الشخص تجاهها لا يمكن أن يقوم بها أشخاص كتابيين لأنها عملية فنية وهي في نفس الوقت مضيعة لوقت الطبيب النفسي ولا بد من اتمامها بواسطة اخصائي اجتماعي .

وتسعى الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية إلى إيقاف تقدم المرض النفسي أو العقلي وإلى إعادة الشخص إلى الحياة الاجتماعية النشطة ومعنى ذلك أن تقوم الخدمة الاجتماعية بالاشتراك الفعلي في تحقيق أهداف الصحة العقلية وتعاون معها في عمليات الدراسة والعلاج للمشاكل التي تدخل في نطاق الطب النفسي وقد أصبحت الخدمة الاجتماعية النفسية أداة لتحقيق الهدف الوقائي من الأمراض النفسية والعقلية فساهمت في نشر وجهة نظر الطب النفسي في ميادين التربية والصحة العامة والترفيه الاجتماعي وغير ذلك من ميادين العلاقات الانسانية وذلك من أجل نشر حقيقة التطور الوجداني وطبيعة المشاكل التي تعترض الوصول إلى

تلاوم يرضى الشخص ويحفظ له صحته العقلية . ويمكن إجمال أهداف خدمة الفرد الطبية النفسية فى :

- ١ - المساهمة فى علاج المرض النفسى والعقلى .
- ٢ - العمل على الوقاية منها وتقليل المشاكل الوجدانية والاضطرابات السلوكية.
- ٣ - نشر التربية الصحية التى تعتمد على أسس الصحة العقلية .
- ٤ - السعى إلى إيجاد فرص يستغلها الفرد فى إشباع حاجاته الشخصية .

وبذلك يحيا حياة راضية ولا يقلل من أهمية خدمة الفرد الطبية النفسية إلا أنها تشترك مع فنون أخرى فى تحقيق هذه الأهداف مثل خدمة الجماعة والتربية إذ أن طبيعة علوم العلاقات البشرية المتشعبة والاندماج بحيث تتداخل ميادين نشاطها وبحيث يتم بعضها البعض الآخر ويسنده فى تحقيق هدف اجتماعى مرغوب (١) .

سادساً : نظريات الممارسة فى الخدمة الاجتماعية مع مرضى الفصام :
أولاً : نظرية الممارسة فى الخدمة الاجتماعية :

تعزى نظرية ممارسة الخدمة الاجتماعية إلى بناء الأفكار التى تستخدمها فى مساعدة الأشخاص وفى تحقيق أغراض عمليات التقدير Assessment ، والتخطيط Planning والتدخل Intervention والتقويم Evaluation ويطلق Kuhn على هذا البناء بالنموذج أو المثال Paradigm ، ويعرفه بأنه مزيج لا تنفصم عراه من النظرية والطرق والمستويات .

(١) المرجع السابق ، ص ٨٠ .

فنظرية الممارسة في الخدمة الاجتماعية هي إطار معرفي مميز ذو مفاهيم واضحة وأفتراضات محددة ، وبمبادئ جلية وقد تكون نمت وتطورت بشكل أكثر أو أقل تنظيماً في البناء المعرفي العلمي (١).

وبهذا المعنى نتوصل إلى أن نظرية الممارسة في الخدمة الاجتماعية هي مجموعة الأفكار والطرق والعمليات والأساليب التي تستخدم في تحقيق المساعدة المهنية لأنها لا تتضمن مجموعة من الإجراءات والأساليب فحسب ولكنها تتضمن أيضاً استخدام مدى واسع في المعرفة .

إن الحقائق والنماذج النظرية حول العملاء وعالمهم ، هي جوانب من المعرفة التي تحتاج إلى تمييزها عن نظرية الممارسة ، حيث تعزى الأولى إلى السلوك أو الشخصية الموصوفة وإلى النظريات الاجتماعية ، والتي تتضمن نسق الرعاية الاجتماعية ويطلق على ذلك في بعض الأحيان العلم السلوكي ، أما نظرية الممارسة فتعني الكيفية التي تتعامل بها الخدمة الاجتماعية مع الشخصية موضوع المساعدة ومع الانساق الاجتماعية ومن ثم كيف تتعامل مع نظريات التغيير المخطط لنسق الشخصية ، ونظريات التغيير المخطط للنسق الاجتماعي وعمليات التغيير في علاقته بكل منهما أو التغيير المخطط للنسق الايكولوجي ويؤكد جرينود (Greenwood) على هذا المعنى حيث يذكر أن النظرية العلمية وصفية تصورية أما نظرية الممارسة فهي إرشادية توجيهية حيث أن الأخيرة تبين كيفية إجراء التغيير (٢) .

(١) د. جلال الدين عبد الخالق رمضان ، العمل مع الحالات الفردية عمليات ونظريات ، الاسكندرية ، ١٩٩٤ ، ص ١٩٩ - ٢٠٣ .

(2) Bernece Simon, " Design of Learning Experiences in Field instruction, Social Service Review, Vol, 40, 1966, PP. 397 - 409 .

ويشير سيپورين (Siporin) إلى نموذج الممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية في رسم تخطيطي يحدد فيه لنظرية الممارسة مستويين من حيث المضمون ويبني المستوى الأولى : على أساس الخدمة المساعدة جنباً إلى جنب مع مجموعة من المبادئ الأخلاقية ، والمبادئ التقنية في الممارسة ويقع ضمن هذا المستوى نوعان من النظريات في عمليات المساعدة : التقدير أو التشخيص . ونظرية التدخل أو العلاج .

وفي هذا السياق يرى " جرينوود " أن المبادئ التشخيصية لممارسة الخدمة الاجتماعية تشير إلى افتراضات وصفية تختص بالتصنيفات التشخيصية كما تتضمن افتراضات توجيهية عن كيفية استخدام هذه التصنيفات ، أما المبادئ العلاجية فهي تشير إلى تصنيفات العلاج وكيفية استخدامها . وهي كذلك تتضمن طرقاً مقترحة لتحديد المراحل المختلفة في العملية العلاجية ، تقديم أفضل الطرق لكيفية وزمن استخدام الأساليب العلاجية ، كما تقدم المعايير التي يمكن من خلالها أن نحكم على مدى نجاح أو فشل هذه الأساليب العلاجية .

أما المستوى الثاني : فيتكون من مجموعة من المنظورات الاجتماعية والتفاعلية والتحليلية والوجودية والمنظور الخاص بالاجتماعية السلوك وكذلك منظور وحل المشكلة . وبالتالي فإن مجمل النظرية قد أصبح أساساً لعمليات التدخل في الخدمة الاجتماعية ومن ثم يجب الاستفادة من كل هذه المفاهيم والمبادئ والنظريات الفرعية فبتطبيق نظرية الممارسة تأخذ مكانها من خلال طرق المساعدة وعملياتها وأدوارها في الفن العلمي عند تطبيق مهارات عملية المساعدة. كما تتضمن أيضاً الأداء الكفاء للأدوار والأساليب ، والمهام في عمليات التقدير ، والتخطيط والتدخل والتقويم وبرغم أن هذه النظريات الفرعية في عملية التقدير

والتدخل لم تضع بشكل مناسب ، إلا أنها على الأقل تكفى لتزويدها بالمعلومات اللازمة والمهام التفاعلية فى الممارسة ، وكيف يمكن تحقيق هذه المهام من خلال الاختصاصى الاجتماعى والعميل والأشخاص المعنيين بالحالة ^(١) .

١ - عملية التقدير (التشخيص) :

وتختص بكيفية حصولنا وتطبيقنا للمعلومة وتطبيق فهمنا للأشخاص ومواقفهم ومشكلاتهم . وتتضمن هذه النظرية تصنيفاً لاجراءات التقدير ، كما تتضمن مبادئ وسبل لكيفية الاستفادة منها بشكل منطقى . إن بناء هذه النظرية يساعدنا فى التوصل إلى أحكام وصفية وتوجيهية حول ما هو خطأ . وحول ماهية المشكلة التى نحدد بصددنا ، وما الأهداف القريبة والبعيدة التى لا تستهدف الوصول إليها وما المهام التى تختارها لتحقيق هذه الأهداف وهناك عنصر هام وهو مجموعة الآراء والتوقعات المحتملة فى أدوار المساعدة فهى مثلاً تدلنا متى يجب على الاختصاصى الاجتماعى أن يمثل دور الصديق أو الوسيط أو المزود . وتتضمن نظرية التشخيص أيضاً وظائف وأساليب واجراءات التدخل وظروفها . فمثلاً توضح لنا النظرية نوع المقابلة التمهيدية والأهداف التى تسعى إليها من اجرائها ، وكيف نربط عميلاً يتسم بالمقاومة بعملية المساعدة وكيفية صياغة المشكلة ، وكيف نترجم المشكلة إلى أهداف ومهام يمكن الوصول إليها .

٢ - عملية التدخل (العلاج) :

وهى تختص بكيفية تصرف الاختصاصى الاجتماعى بطريقة تؤدى إلى أحداث التغييرات المطلوبة فى الشخصية ، وفى الانساق الاجتماعية ، وفى

(1) Ernest Green Wood, " The Practice of Science and The Science of Practice",
In : Wanea G. Bemis, Kenneth D. Benne, and Pabertchin The Planming of
Change (New York : Holt, 1961) PP. 119 : 120 .

الانساق الايكولوجية ، وذلك وصولاً إلى تحقيق أهداف معينة وتشير النظرية أيضاً إلى الكيفية التي تعمل بها عملية المساعدة والكيفية التي يمكن من خلالها تقويم فعالية عملية المساعدة ، وتتضمن النظرية أيضاً بنداً يختص بتصنيف أساليب التدخل ، ومبادئ التدخل في الممارسة التي تتطلب استخدام الأساليب العلاجية (١).

وقد نجد صعوبة في الفصل الحاد بين نظرية التقدير والتدخل فهما متداخلتان مع بعضهما البعض إلى حد بعيد . فالوصول إلى فهم تشخيص عن الديناميات النفسية والشخصية للعميل قد تكون له نتائج علاجية هامة . فإذا لاحظ الاختصاصي أن عميلاً ما لديه فكرة غير واقعية عن نفسه باعتباره شخصية سلبية يَحْتَجُّ تغيير هذا المفهوم الخاطئ ويجعله أكثر ثقة بنفسه .

وبذلك فإن النموذج الأساسي للمساعدة يتكون من نظريات فرعية وتصنيفات ومبادئ لكل من عمليات التقدير والتخطيط والتدخل والتقويم (٢) .

ويجب أن تتفق نظرية الممارسة مع عدد من هذه المعايير . وقد تحدد العديد من هذه المعايير والمحكات من خلال أدبيات وتراث الخدمة الاجتماعية وطبقاً لمختلف المقترحات والبحوث فإن نظرية الممارسة يجب أن تنى بالمتطلبات الآتية :

١ - وثيقة الصلة بالمهام الحقيقية في الممارسة المساعدة في الخدمة الاجتماعية .

٢ - متسقة مع القيم والمبادئ الأخلاقية لمهنة الخدمة الاجتماعية .

(1) Ibid., P. 21 .

(2) Ibid., P. 19 .

- ٣ - مترابطة بشكل منسق مع نظريات الشخصية والنظريات الاجتماعية .
- ٤ - متماسكة البناء والتركيب الداخلى ، واضحة وشاملة وسهلة الصياغة .
- ٥ - قابلة للتطبيق ويمكن اختبارها بشكل إجرائى .
- ٦ - ذات درجة عالية من الصدق والثبات .
- ٧ - ذات كفاءة فى توجيه الاختصاصى الاجتماعى لأنماط سلوكية معينة كفيلة بتحقيق الأهداف المطلوبة ، خاصة فيما يتعلق بتغيير سلوك العميل وتغيير الانساق الاجتماعية داخل إطار الموقف أو خارجه .
- ٨ - لها القدرة على ربط اجراءات المساعدة فى مراحل العمليات المهنية المختلفة وربطها أيضاً بالنتائج ، وبمعايير تقويم التقدم والنتائج .
- ٩ - أن تكون على درجة من الوضوح بحيث تتفق مع توقعات العميل وذلك من أجل المزيد من مشاركته فى عملية المساعدة .
- ١٠ - اقتصادية ومثمرة لكل من الاختصاصى الاجتماعى والعميل .
- ١١ - قابلة للتعميم فى قدرتها على التطبيق فى المواقف المختلفة .
- ١٢ - سهلة النقل والتعليم للآخرين ، وخاصة لطلاب الخدمة الاجتماعية لقد أخذت مدارس الخدمة الاجتماعية إتجاهاً جديداً وموقعاً أفضل فى دراسة النظرية فى الآونة الأخيرة ، وإن احتياج الاختصاصيين الاجتماعيين للنظرية أصبح ينظر إليه بشكل أكثر جدية . ومن ثم ظهر العديد من النظريات فى خدمة الفرد وما زال غيرها من النماذج فى طريق التجريب فى حقل الواقع لاختبار صحتها وتماسكها (١) .

(١) جلال الدين عبد الخالق رمضان ، العمل مع الحالات الفردية عمليات ونظريات ، مرجع سابق ،

ثانياً : أهم المداخل المستخدمة في خدمة الفرد :

أولاً : التحليل النفسى :

يرجع رواد مدرسة التحليل النفسى مرض الفصام لصدمات ونكوص للمراحل الجنسية الأولى فى حياة الفرد وصراع مستمر بين الأنا والعالم الخارجى مما يجعل المريض يمتص الطاقة الليبيدية للداخل بدلاً من توجيهها خارجياً فالأعراض الفصامية فى التحليل النفسى تعنى نكوصاً لأنماط بدائية فى التفكير والسلوك والتي تميز الطفولة المبكرة (١) .

فقد اهتمت المدرسة التحليلية بالخمس سنوات الأولى من عمر الطفل وقالت أن هذه الفترة هى عامل محدد لأطار شخصية هذا العميل فى مستقبل أيامه وقد ذكرت البحوث الحديثة إنه بالرغم من أن الانسان هو حصيلة عوامل وراثية واستعداده الفطرى والتي يكون فى تفاعل دائم مع الأفراد والقوى لها آثار مفاعلة مع خبراته الحياتية يقول أنه بالرغم من ذلك فإن هذا لا يعنى أننا ننظر إلى هذا العميل على أنه محصلة قد انتهت ولكنه محصلة مستمرة فى الصيرورة والتكوين سواء إلى الأحسن أو إلى الأسوء .

وهذا هو مفهوم الفرد فى العملية (Person in Process) ونحن نلاحظ هذه التغيرات فى حياة البالغين وهى تغيرات تنسم بعضها عن وعى وبعضها يكون مدفوعاً لاشعورياً كما أن ذلك يكون على أساس تغيرات تحدث فى الشعور والاعتزاز بالنفس والآراء وسبل السلوك تحت الظروف التى لها مؤثرات قوية وأيضاً على أساس البحوث الحديثة التى وجد أن القدرات العقلية يمتد نموها إلى مراحل البلوغ وأن التغيرات السلوكية تستجيب إلى التوقعات الثقافية والتغيرات فى القيم والنظريات المشبعة للحياة .

(١) أحمد عكاشة ، الطب النفسى المعاصر ، مرجع سابق ، ص ٢٥٤ .

هذا وأن النمط الأساسي للشخصية يتعرض دائماً إلى إعادة تكامله للتنظيم أو إلى تغير جذري . بل أن هناك جوانب خاصة في الشخصية والتي تتعرض للمؤثرات القوية في أوقات الشدة قد تتعدل وتتغير مما يؤدي إلى تغير شخصي وهذه المؤثرات قد تشمل أشخاصاً تأثيراتهم قوية وبالاختصار فإن شخصية الانسان ينظر إليها كنسق مفتوح يستجيب دائماً ولكن بدرجات مختلفة للمدخلات من خارجها وخاصة في أوقات الحاجات الشديدة وبالإضافة إلى ذلك فإن الفرد لا يمكن النظر إليه كذات منفصلة ولكن كجزء من شبكة الأدوار والتي تكون ما يشعر به ويفكر فيه ويعمله إستجابة إلى ما يعمله الآخرون.

فهو فرد في التعامل ولا يمكن تفهمه إلا عن طريق نظرتنا إليه في هذا المجال وهذا الذي ذكرناه يجعلنا على شك من الأهمية الكبيرة التي أعطاها المدرسة التحليلية للخمس سنوات الأولى لأننا إذا أخذنا هذا المفهوم بصورة يقينية فإن نظرتنا للمريض (العميل) في خدمة الفرد لابد أن تكون منجرفة عن الواقع الذي يقول بأن الشخصية دائمة التغير حسب ما أوضحنا (١) .

والباحثة تميل إلى العمل بالرأى الأخير وهو عدم التسليم برأى المدرسة التحليلية في أن السنوات الأولى كمحدد لإطار الشخصية لأن في ذلك تجاهل للعوامل والظروف المختلفة التي تشكل وتؤثر في شخصية العميل كما تغير اتجاهاته وطبيعته تصرفاته .

ويرى د. أحمد عكاشة أنه من الصعوبة بل وأحياناً من الاستحالة أن نعالج مرضى الفصام بناء على نظرية التحليل النفسي ولذا فقد نشأت في السنوات

(١) محمد سلامة محمد غباري ، العمل مع الحالات الفردية ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ،

الأخيرة عدة نظريات تربط بين مرضى الفصام والجو العائلي الذي ينشأ فيه الطفل ومن أهم هذه النظريات :

- ١ - نظرية بتسون (Bateson) .
- ٢ - نظرية ليدز (Lidz) .
- ٣ - نظرية واين وسنج (Wyn Weand Sung) .
- ٤ - نظرية لانج بتسون (Bateson) .

وتعتمد هذه النظريات على الترابط المزدوج (Double bind) وتعتبر أن الفصام ينشأ من تعرض الطفل أثناء نموه لمؤثرات شديدة من الوالدين تتميز بهذا الترابط ، فنحن نعلم أن التفكير والسلوك المنطقي يعتمد على اكتساب القدرة ^(١).

للتفرقة بين الهام والتافه وتصفية الحقائق والعناصر الهامة مما يشوبها من إختلاط وتشويش وهذه القدرة تكسب من سلوك الوالدين ولا تورث فإذا كان عالم الوالدين مشوشاً مملوءاً بالمعاني غير المفهومة والسلوك الغامض ينشأ ما يسمى بالترابط المزدوج أن نعطي تعليمات للطفل بأن يفعل (أ) وألا يفعل (أ) في نفس الوقت ويتم إعطاء هذه التعليمات بواسطة الوالدين بطريقة غير لفظية ، تشير إلى اضطراب انفعالات الوالدين ومن هنا لا يعرف الطفل السلوك السوي ومن ثم يعاقب مهما يفعل وبالتالي يتعلم أن الطريقة السليمة هي ألا يفعل شيئاً وأن يسلك مسلكاً سلبياً ومبهماً وعلى هذا تكون إجاباته خافية حتى لا يتحمل المسؤولية كاملة ، وحتى لا يكون عرضة للعقاب ، وتدرج تفسيرات هذه النظرية لكى تؤول اضطرابات التفكير والانفعال والسلوك فى مرضى الفصام على إنها استمرار لاكتساب الطفل هذا النوع من التفكير المشوش والترابط المزدوج من الوالدين وأن

(١) أحمد عكاشة ، الطب النفسى المعاصر ، مرجع سابق ، ص ٢٥٤ - ٢٥٥ .

هذه الاضطرابات ما هي إلا عملية دفاعية ضد طلبات مستحيلة والهروب من العقاب .

٢ - نظرية ليدز ١٩٦٣ (Lidz) :

وقد اشتق ليدز نظريته عن تطبيق التحليل النفسي على العائلة بأكملها في حين يركز " باتسون " على العلاقة بين الطفل والوالدين ، نجد أن ليدز يحاول تفسير العلاقة بين الوالدين أنفسهم ثم مع الطفل أي التفاعل الثلاثي بينهم فتعتقد النظرية أن العائلة كلها مرضية وأن الفصامي ما هو إلا أحد أفراد هذه العائلة ومن أهم ما تشير إليه هذه النظرية الانحراف أو الاعوجاج والانقسام فالجو العائلي يعتمد على تكامل صورة الوالدين فإذا تخلف أحدهما كأن يكون منطوياً ضعيفاً غير ناضج سلبياً والآخر سائداً قوياً بدأ الاعوجاج في المناخ العائلي وتتشأ اضطرابات في العلاقات الأسرية بين الوالدين والطفل مما يؤدي إلى تكوين خاطئ للشخصية في هؤلاء الأطفال المعرضين بصور مرضية من الآباء والأمهات أما الانقسام فهو العلاقة الباردة بين الأبوين والتي تؤدي إلى مضاعفات ضارة في أطفالها وقد وجد أن معظم الفصامين يرون في أمهاتهم شخصيات قوية وسائدة بعكس شخصية أبائهم الضعيفة وقد أجرى ورنج وريكس ١٩٦٥ عدة أبحاث بهذا الصدد نستطيع تلخيصها كالآتي :

١ - تتميز عائلة مرضى الفصام المزمنين بالآتي :

- أ - يعاني الوالدين أو أحدهما من الذهان أو الحد الفاصل للذهان .
- ب - تتميز علاقة الأبوين بالطفل بالتكامل الطويل المدى .
- ج - يعيش الأب والأم في حالة من الطلاق العاطفي مع اعوجاج واضح في الحياة الزوجية ويبدو تداخل هذه العوامل واضحاً فإن كان أحد الوالدين ذهانياً فسيؤدي ذلك إلى انحراف نفسي

الزواج وبالتالي إلى طلاق عاطفي ويبدو هنا التداخل المستمر بين عاملى الوراثة والبيئة وكيفية سيرهما فى دائرة مفرغة .

- ٢ - يتميز مرضى الفصام الذين يشفون من مرضهم بوجودهم فى عائلات يبدو الاكتئاب بينها واضحاً إستجابة لخسارة أو فقدان عزيز أثناء طفولة المريض ويصح تسمية هذه الحالات بالفصام الوجدانى (١) .
- ٣ - لا تتجب العائلات ذات الصحة الانفعالية السوية أطفالاً يصابون بالفصام عند نضوجهم .

٣ - نظرية واين وسنجر ١٩٦٥ (Wynne and Singer) :

تشير هذه النظرية إلى احتمال وجود أنماط للتفكير والاتصال بين عائلات الفصامين شبيهة لما يحدث فى المرضى لدرجة أنه يمكن التنبؤ بمرض المريض إذا درست العائلة بأكملها وتستمر النظرية فى تفسير نشأة المرض على أنها امتداد لتفاعل الوراثة مع اكتساب اضطرابات التفكير مع العائلة مما يثير بدورها الاستعداد الوراثى وهكذا فالطفل المهيأ للفصام سىء الحظ لسببين أولهما أنه ولد مهيأ بجهاز عصبى ومورثات الاستعداد للفصام وثانيهما أنه ينشأ فى بيئة تساعد على اكتساب أعراض الفصام .

٤ - نظرية لانج وساز Laing and Szas :

(النظرية المضادة للطب النفسى) يرى لانج وساز (١٩٦٢ - ١٩٦٨ - ١٩٧٢) أنه لا يمكن تفسير الفصام فى إطار طبي وأن الحل الأمثل شمولية تحت الاطار الاجتماعى والانسانى وقد بنى نظريته على هذا الأساس وتتلخص فى : إن السلوك المخالف والذي يلقيه البعض بالفصام ما هو إلا استراتيجية خاصة يلجأ

(١) المرجع السابق . ص ٢٥٥ - ٢٥٨ .

إليها الفرد ليتعايش مع مواقف غير محتملة وتفسير التحليل التفاعلي لا يكفي لشرح هذا السلوك حيث أن العلاقات الانسانية عبر الخبرة الحياتية لا يمكن خضوعها للأحصاء العلمى مثل الأنظمة الالكترونية وللأسف يتجه اهتمام الطب النفسى نحو سلوك المريض وليس إلى خبراته الذاتية (١) .

ثانياً : المدخل النفسى الاجتماعى :

لقد صاغت جوردون هاملتون المبادئ الأساسية للمدخل النفسى الاجتماعى وفى إرتكازه على نظرية " فرويد " فى الشخصية يهتم هذا المدخل أساساً بكل من الجوانب الداخلية للإنسان والمحتوى الاجتماعى الذى يعيش فيه كالأسرة والزملاء ومن ثم فإن هذا المدخل لا يركز على المكونات الموقعية للعميل فحسب ، ولكنه أيضاً يركز على شخصية هذا العميل ما يتضمنه من تاريخ شخصى ومن وظائف الذات ، كما أولى هذا المدخل اهتماماً بمساهمات الأسرة فى الأداء الاجتماعى للعميل ، على أساس أن هذه المساهمات تعد من المتغيرات الهامة فى عمليات خدمة الفرد ولذلك فإن هذا المدخل يتبنى مفهوم الشخص فى موقف ويركز هذا المدخل بصفة خاصة على التشخيص باعتباره جزء من عمليات خدمة الفرد ويصنف التشخيص من وجهة نظر هذا المدخل إلى :

- ١ - التشخيص الدينامى والذى يتضمن دراسة التفاعل بين بيئة الفرد والجوانب النفسية مثل السمات اليبدية ووظائف الذات ونواهي الذات العليا .
- ٢ - التشخيص السببى التطورى والذى يبين كيفية تأثير العوامل الماضية على موقف العميل الراهن وأدائه الاجتماعى الحالى .
- ٣ - التشخيص الاكلينكى وذلك لتحديد ما إذا كان العميل من النوع الذهانى أو العصابى أم أنه شخصية عادية .

(١) انمرجع السابق ، ص ٢٥٦ .

أما العلاج فإنه يجب من وجهة نظر هذا المدخل - أن يتباين تبعاً لحاجة العميل وتأتى الحاجة هنا من التعارض أو التناقض في عملية التوافق المتبادل بين الفرد والأشخاص الآخرين الذين يرتبطون معه أو بينه وبين المصادر الخارجية والعلاج هو مجموعة من العمليات توجهها ما ينتهى إليه التشخيص نحو إحداث تعديل في الشخصية أو البيئة المحيطة أو كليهما معاً ، وفي التفاعل القائم بينهما . وتكون هذه العمليات من عملية الاتصال بين الاخصائى الاجتماعى والعميل وقد يكون الهدف من العلاج هو المساعدة في إحداث التغيير في الفرد أو الموقف أو كليهما أو فيهما معاً ويرتكز العمل مع العميل على تفهم العميل المتزايد لنفسه ، ولموقفه وللأشخاص الآخرين كما يركز على العلاقة بينهما وعلى قدرة العميل التكيفية وعلى مدى تحرره وتخلصه من مشاعر القلق والعداء في المقابلات العلاجية (١) .

أما شكل التدخل من وجهة نظر هذا المدخل فيأخذ الاسباب العلاجية

الآتية :

- أ - التدعيم أو المعونة النفسية .
- ب - التأثير المباشر .
- ج - التهوية أو الإفراغ الوجدانى .
- د - التفكير التأملى فى موقف الشخص لكى يفهم أدائه الاجتماعى .
- هـ - تشجيع العميل على التفكير التأملى نحو أسباب ودوافع سلوكه الراهنة .
- و - تشجيع العميل على التفكير التأملى لأنماط استجاباته ، وتفهم أثر العوامل الماضية على أدائه الاجتماعى الراهن .

(١) جلال الدين عبد الخالق رمضان ، العمل مع الحالات الفردية عمليات ونظريات ، مرجع سابق ،

وقد زاد اهتمام المدخل النفسى الاجتماعى فى الآونة الأخيرة بالمشكلات الأسرية المعقدة وأصبحت فى مقدمة الاهتمام لهذا الاتجاه .

كما زاد الاهتمام بالتدخل فى حالات الطوارئ والأزمات ، والتركيز على أنواع العلاج قصير المدى . وقد ساهم كثير من الاخصائيين الاجتماعيين الذين مارسوا هذه الأنواع من العلاج فى تطوير نظرية الأزمة ومارسوها من خلال مفاهيم الاتجاه النفسى الاجتماعى (١) .

ثالثاً : نموذج المواجهة لمرضى الفصام :

Confrontation Model For Schizophrenia Patients

هو نموذج قدمته جوديث نلسون J. Nelson لكيفية مواجهة الترهات والسخافات التى تصدر من عمليات النكوص المرتبطة بمرض الفصام بالتعامل التقليدى لخدمة الفرد مع العملاء هو التجاوب والتقدير وعدم الادانة وصولاً إلى علاقة تمكن العميل من إنشاء حقائق حياته الدفينة ثم إعادة تفسيرها حتى يستبعد العميل بحالته ونظر لثبوت عدم جدوى هذا النموذج مع مرضى الفصام بأشكاله المختلفة فإن الباحثة استحدثت نموذج أكثر ايجابية مصارحة ومواجهة تمنع مريض الفصام فى الاسترسال فى سرد هذائاته واتجاهاته النكوصية ، يمكن تسميته بنموذج المكاشفة اللاعدوانية أو الفتور المثير (٢) .

(١) إقبال بشير ، وإقبال مخلوف ، الاعتبارات النظرية لممارسة الخدمة الاجتماعية فى العمل مع الأفراد ، المكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية ، ١٩٨١ ، ص ٨٩ .

(٢) عبد الفتاح عثمان ، على الدين السيد ، نظريات خدمة الفرد المعاصرة وقضايا المجتمع العربى ، القاهرة ، مكتبة عين شمس ، ط ١ ، ١٩٩٣ .

فمريض الفصام طفلى النزعة سطحى الانفعال عاجز عن استخدام دفاعياته لا يستطيع كما يريد قبول الواقع والتعامل معه ليجد متعته فى هذائه وهلوساته لعالم آخر وهمى يعيش ويود أن يظل كذلك دون أدنى رغبة فى استخدام ذاته .

ومن ثم كان الارتفاع بالمريض إلى مستوى أفضل بعيداً عن شطحاته البدائية ، هو إحدى السبل لمنع سيطرة السلوك الطفلى غير الناضج على سلوكياته . فأيا كانت وسائل علاج الفصام التى يمارسها الطب النفسى سواء بالجراحة أو الكهرباء أو العقاقير أو العلاج النفسى حتى اليوم لم يتأكد لدى مجتمع الأطباء دلالات محددة عن مرض الفصام وأسبابه ومن ثم علاجه ، ليكتفى حالياً بتحقيق أداء أفضل للمرضى للتفاعل غير الضار مع مجتمعتهم من خلال علاج الأعراض . لذلك فإن الخدمة الاجتماعية كعلاج يبنى واجتماعى ... هى السبيل إلى مساعدة المرضى على التفاعل المرغوب فيه مع المجتمع من خلال مقولة مؤداها : " هذا هو المجتمع الذى يرغب فيك . لا يحتمل تراهااتك وعبتك وهذائك " (١) .

رابعاً : النموذج التبوئى (المحيطى) للناقهين من مرض الفصام :

إزاء نفشى ظاهرة الانتكاسة للخارجين من مستشفيات الأمراض العقلية أيا كانت أمراضهم (فصام - بارانويا - هوس) فقد إستحدثت لجنة المجال النفسى بالهيئة القومية للاخصائيين الاجتماعيين فى أمريكا نموذجاً صاغه كل من : أديت جونسون وجون كلوجر وبيل أبستين نموذجاً لاعادة تأهيل الناقهين اجتماعياً من خلال إعداد مسبق لبيئة مفتحة تجمع بكل دقة بين الحرية المطلقة والالتزامات الاجرائية غير المتسلطة ومحوى هذا النموذج يقوم على مجموعة من الاعتبارات (٢) :

(١) المرجع السابق ، ص ٣٤٦ .

(2) J.Kloger, Others : Midway Agencies : Journal of Casework, Vo : G, No : 11, 1974, N.Y.P. 315 .

- ١ - الناقه : لم يشفى تماماً من علته ولكن ، شفيت بعض الأعراض الضارة وأن بقي مهياً للعودة عند مواجهة أية ظروف طارئة .
- ٢ - ثمة فروق أساسية بين المستشفى والبيئة الطبيعية . فالمجتمع لن يراه مريضاً أو شاذاً يتسامح معه كما كان الحال في المستشفى . بل أن الأسر أول من تعبر عن رفضها لسلوك المرضى .
- ٣ - إعداد بيئة وسطية تجمع بين الحرية والالتزام أو بين التسامح والمواجهة لفترة أقصاها ستة أشهر كفيلة بتمهيد عودة المرضى نهائياً لبيئاتهم .
- ٤ - يتمثل دور الاختصاصي في : الصديق ولكنه السلطة - المعلم ولكنه المتعلم أحياناً الأخ أو الأخت - الناقد في عطف - الطبيب الحاسم لضرورة أخذ الدواء المقرر الوسيط المخلص بين المريض وزملائه بالمؤسسة وأسرته وسوق العمل .
- ٥ - استثمار المقابلات الفردية لمواجهة أي تبرم أو ضيق أو موقف أو شكوى دون ما انتظار للافصاح عنها بوضوح أو الشكوى من أي شيء .
- ٦ - استثمار اجراءات المؤسسة - الحرة والملازمة - فحريته في اختيار وقت اللهو جائزة - ولكن تحد منها مواعيد المؤسسة .
- ٧ - تشجيع الارتباط التدريجي بشئون أسرته .
- ٨ - البحث عن عمل مدعم أي متسامح مع المرضى بشروط مخففة سواء في نوع العمل مواعيده وأجره - كسبيل لاستعادة تدريجية للتكيف المقبول مع البيئة .
- ٩ - لا وجود لألقاب تذكر المرضى بحياة المستشفى ولكن الجميع أعضاء في سرّة واحدة (١) .

(١) عبد الفتاح عثمان ، على الدين السيد ، نظريات خدمة الفرد المعاصرة وقضايا المجتمع العربي ،

خاتمة :

أن تطور علوم الطب وتطور فلسفة الرعاية الطبية بالاضافة إلى ما ساهم به الطب النفسى والتحليل النفسى أدى إلى ضرورة الاستعانة بالخدمة الاجتماعية الطبية فى الميدان النفسى كمجهود هام مكمل للمجهودات العلاجية الطبية وذلك بعد أن كشفت الأبحاث الطبية النفسية عن أهمية العوامل الوجدانية والشخصية فى سير المرض وتطوره وفى مدى فاعلية العلاج فقد ثبت أن العوامل الوجدانية أساس لكثير من العوامل الجسمية وأندمجت هذه الحقائق عن أثر العوامل الوجدانية فى الأمراض ونتج عن هذا الاندماج فكرة موحدة هى أن المريض وحدة من العوامل الجسمية والوجدانية ونخلص من ذلك أن الانسان له وجهين : وجه ظاهر وهو الجسم ووجه أقل ظهوراً وهو النفس وهما يتفاعلان فى بيئة تحيطهما .

أذن الانسان وسلوكه نتائج لثلاث مكونات (جسم - نفس - مجتمع) وبناء عليه فالانسان وحدة متكاملة لا تتجزأ من العوامل المترابطة وهى (الجسم - النفس - المجتمع) تؤثر عوامل كل منهما فى الأخرى وتتأثر بها وتتصارع هذه القوى الثلاث لتعطى فى النهاية مظهر الانسان وسلوكه (١) .

والنظر: الحديثة تعتبر الفصام عبارة عن فشل الفرد فى التكيف مع ظروف الحياة بما فيها من ضغوط وتوترات . أما فرويد فيؤكد أن الفصام ينتج من ضعف الذات تلك الذات التى لم تجد مثلاً طيباً تتوحد وإياه أو تتقمصه وتحت ظروف الضغط يضطر الفرد ونظر لأنه لا يمتلك ذاتاً قوياً تتغلب على الموقف الضاغط فيهرب من هذا الموقف عن طريق النكوص إلى مستوى بدائى سابق من مستويات السلوك (٢) .

(١) اقبال بشير وإقبال ابراهيم مخلوف ، الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمة الاجتماعية ، مرجع سابق ، ص ٤٦ .

(٢) عبد الرحمن العيسوى ، علم النفس ومشكلات الفرد ، مرجع سابق ، ص ٣٢٧ .

وتسعى الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية إلى إيقاف تقدم المرض النفسى أو العقلى وإلى إعادة الشخص إلى الحياة الاجتماعية النشطة ومعنى ذلك أن تقوم الخدمة الاجتماعية بالأشتراك الفعلى فى تحقيق أهداف الصحة العقلية وتتعاون معها فى عمليات الدراسة والعلاج للمشاكل التى تدخل فى نطاق الطب النفسى وقد أصبحت الخدمة الاجتماعية النفسية أداة لتحقيق الهدف الوقائى من الأمراض النفسية والعقلية فساهمت فى نشر وجهة نظر الطبيب النفسى فى ميادين التربية والصحة العامة والترفية الاجتماعى وغير ذلك من ميادين العلاقات الانسانية وذلك من أجل نشر طبيعة التداور الوجدانى وطبيعة المشاكل التى تعترض الوصول إلى تلاؤم يرضى الشخص ويحفظ عليه صحته العقلية .

وقد تناولت فى هذا الفصل نظريات الممارسة فى الخدمة الاجتماعية مع مرضى الفصام محاولة إيضاح أن الخدمة الاجتماعية تستخدم نظريات يمكن أن توائم المرض العقلى وقد أوضحت مدخلين هما مدخل التحليل النفسى والمدخل النفسى الاجتماعى ونموذجين إحداهما المواجهة لمرضى الفصام والنموذج التبوئى (المحيطى) للناقهين من المرض العقلى .

وفى الفصل القادم سوف أتناول دور الاختصاصى الاجتماعى فى دعم السلوك الايجابى للفصامى موضحة دوره فى كل طريقة على حده ودوره أيضاً فى الفريق العلاجى ثم ممارسة الخدمة الاجتماعية بعد خروج المريض من المستشفى ورعاية المرضى فى المنزل بواسطة أسرهم وذويهم وأخيراً الصعوبات التى تواجه الاختصاصى الاجتماعى النفسى عند أدائه لدوره مع مرضى الفصام .

الخصائص الإنسانية في ضوء العلوم الطبيعية

مقدمة :

للأمراض النفسية والعقلية تاريخ طويل ملئ بالتفسيرات التي تبعت فينا الدهشة والعجب حافلة بأنواع العلاج التي تثير فينا الضحك والأشفاق ، فتارة كان يعزى المرض النفس والعقل إلى حلول أرواح شريرة بجسد المريض وتارة كان يعزى إلى انتماء روحه إلى عالم آخر غير العالم الذى يوجد فيه الجسد وتارة أخرى كان يفسر المرض على أنه حالة ولاية إنتابت الشخص من عند الله وفى العهد الماضى القريب كان يعتبر المرض العقلى كالأجرام وكان المريض يعامل كالمجرم سواء بسواء ولم تتغير النظرة إلى الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية إلا فى أواخر القرن التاسع عشر وإن كان قد ظهرت قبل ذلك بعض الآراء الصائبة عن حقيقة المرض ولكنها لم تملك زمام الموقف ولم تسد على غيرها من الآراء . وقد ارتبطت دائماً الفكرة عن المرض بخطة العلاج ولذا فلم يكن للخدمة الاجتماعية مجال فى علاج الاضطرابات الوجدانية والأمراض العقلية قبل بداية القرن الحالى وأول محاولة ظهرت فى هذا السبيل كانت فى مستشفى مانهاتن للأمراض العقلية ١٩٠٦ ثم تبعتها مستشفى بوسطن عام ١٩١٠ وكانت الاختصاصية الاجتماعية فى ذلك الحين غير مؤهلة تأهيلاً خاصاً للقيام بوظيفتها وإنما كانت تعدلها عن طريق التمرين والتوجيه على يد الأطباء النفسيين .

وشعرت مدارس الخدمة الاجتماعية بمسؤولياتها فى إعداد الاختصاصيين للعمل فى هذا الميدان الجديد فكان أن درست الخدمة الاجتماعية النفسية فى كلية سميث للخدمة الاجتماعية عام ١٩١٨ وتبعتها مدرسة نيويورك عام ١٩١٩ ومنذ هذا التاريخ وهذا النوع من الخدمات متسعاً وأصبحت حدود الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية واضحة مميزة وتتم معظم الخدمات الاجتماعية الطبية النفسية فى

هذا الميدان عن طريق خدمة الفرد أو عن طريق خدمة الجماعة " العلاج عن طريق الجماعات " (١) .

ويقول الدكتور ثاروت Dr. Thurott الطبيب النفسى والاستاذ بمدرسة الخدمة الاجتماعية بجامعة كلومبيا أن المشاكل التى تستحق الخدمات الطبية النفسية هى كل الأعراض الجسمية والوجدانية وأنواع السلوك وردود الأفعال التى لا تتناسب والمواقف التى تثيرها أو المؤثرات التى تتبعها فإذا فقد شخص حاسة البصر أو السمع دون أن يكون هناك من الأسباب التشريحية أو الصحية ما يدعو إلى ذلك إتجه التفكير إلى أن المشكلة تستند إلى مشكلة نفسية وإذا أحس الانسان ألماً فى معدته أو زغلله فى عينيه أو إذا أعترته بعض العيوب الكلامية دون أن تكون هناك أسباباً صحية (٢) قادنا ذلك إلى البحث فى منطقة الوجدان من الشخصية عسى أن نجد فيها مبعث المشكلة وإذا إعتري الشخص نقص فى التفكير أو أنواع من النسيان دون مبرر دل ذلك على وجود مسببات نفسية وقد يأتى الشخص من التصرفات ما تتعدم العلاقة بينهما وبين الاثارة التى سببتها كأن تسأل عن اسمه فيحدثك عن مجده وأعماله العظيمة وغزواته الناجحة أو قد يثور فجأة ويحطم الآثاث دون مناسبة وقد يصبح سلوكه خطراً على الجميع دون أن يحس أو يشعر بمدى هذه الخطورة وحالات هذا الأخير هى ما يسمونه بالأمراض العقلية إن قوى التفكير وإدراك الحقائق الظاهرة تضطرب فلا تعود تعين الفرد على أن يحيا حياة اجتماعية عادية . وهناك الكثير من أنواع التقاسيم الفنيه للأمراض النفسية والعقلية وعلى العموم يجب على الاخصائى الاجتماعى الذى يعمل فى الميادين

(١) فاطمة الحارونى ، خدمة الفرد فى محيط الخدمات الاجتماعية ، مطبعة السعادة ، القاهرة ، ١٩٧٤ ، ص ٦٨ .

(٢) إمام أحمد محمد عبد الله ، الخدمة الاجتماعية فى مجال الطب النفسى ، مرجع سابق ، ص ٨١ .

المتصلة بالصحة النفسية أن يترود بخبرة ويقظة تعينه على تحديد موضع الاصابات عند بدء ظهورها وقبل أن يستعجل أمرها ومن المظاهر التي يجب أن يوليها عنايته شدة الحساسية ، العزلة وسرعة الاستثارة والانفجار الخلقى العنيف والمرح المتطرف والتقلب الوجداني والميل إلى التآرجح العاطفي وما إلى ذلك من الأعراض التي يسهل التخلص منها قبل أن تصبح سلوكاً مزمناً لا يمكن للفرد أن يستغنى عنه أو يعيش بدونه (١) .

وسوف أعرض في هذا الفصل لدور الاخصائي الاجتماعي النفسي في دعم السلوك الايجابي للفصامي من خلال ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفصامي داخل المستشفى وأيضاً لادماجه مع البيئة الخارجية ودوره في الوقاية لعدم ظهور مرض الفصام في المجتمع وبهذا يكون قد ألقينا الضوء على دور الممارس الاجتماعي مع مريض الفصام .

أولاً : الشكل التقليدي والشكل الحديث للعلاج النفسي :

الشكل التقليدي للعلاج داخل المستشفيات النفسية كان يعتمد في الماضي على الشكل الطبي العلاجي إلى جانب عزل المريض داخل مصحة عقلية مع حقنهم بعقاقير مهدئة وعلاجهم بصدمات كهربائية وحمامات باردة وساخنة على التوالي مما أدى إلى تدهور حالتهم تدهوراً سريعاً بدلاً من شفائهم ولقد بدأت فلسفة العلاج الحديث مع بداية هذا القرن التي بدأت تتضح معالمها بوضوح مع بداية الستينيات من هذا القرن وذلك بتوظيف عدداً وفيراً من الاخصائيين في مختلف فروع العلاج مثل (باحثون اجتماعيون ونفسيون - واخصائي تحليلات نفسية - اخصائي تدريب مهني) بعد ما كان الاطباء والمرضات فقط يقومون بتوفير علاج غير مجدى فالفلسفة الحديثة تعتمد على سياسة الأبواب المفتوحة واعتبار المريض

(١) المرجع السابق ، ص ٨١ .

النفسي انسان له جميع الحقوق داخل المجتمع . فيقوم مجموعة الاخصائيين بتوفير علاج اجتماعي ونفسي ومهني إلى جانب العلاج الطبي الذي يهدف إلى عودة الشخص المريض نفسياً بعد العلاج إلى المجتمع في أقرب فرصة (بين يوم إلى ستة أشهر) مع توفير متابعة وعلاج من الباحثين لحالة الشخص داخل المجتمع مع تذليل أية عقبات تحول دون ادماجه الكلي داخل المجتمع (١) .

تعتمد فاعلية العلاج الجماعي أساساً على العلاقة بين المريض والجماعة وبينه وبين المعالج وفيه يشعر كل مريض بأنه ليس الوحيد الذي يعاني من المشكلة ولكن هناك كثيرون غيره فيحدث بينهم نوع من المساندة والمساعدة في حل هذه المشكلات المشتركة وعلاوة على ذلك فإن العلاقة الجماعية تيسر الفرصة أمام كل مريض لخبرة الواقع وتنمية طرق أكثر كفاءة في العلاقات الاجتماعية وهو أكثر فاعلية في علاج المشكلات الاجتماعية (٢) .

وفي العلاج الجماعي تعتبر الجماعة العلاجية وسيطاً علاجياً لاهداث التغييرات باعتبارها مصدراً هاماً لمختلف القوى السيكولوجية والسوسولوجية تؤثر في أعضائها وتوجه حياتهم الجماعية وهي أيضاً مجال تتم فيه التفاعلات الجماعية من خلال المواقف العلاجية .

ويؤكد ستانيس (Stanitis) على أن أعضاء الجماعة العلاجية من خلال العلاج الجماعي تدبر بينهم عملية الاتصال المباشر كما يمكن أن تتحقق المشاركة الجماعية بين كل الأعضاء ويستطيع عضو الجماعة أن يشعر بالقبول والحب (٣) .

(1) The Role of The Social Welfare in Psychiatric Service World Health Organization, Regional Office for, Copanhagen, 1974, P.7 .

(٢) حامد عبد السلام زهران ، الصحة النفسية والعلاج النفسي ، المرجع السابق ، ص ٢٢٤ .

(3) Stanitis, G., : Enhancement of Self. Esteem Through The Communication Process in a group Psycho Therapy “ Jpn and Mental Health Services, 12, 1977 P.P. 5 : 9 .

ثانياً : فلسفة العلاج النفسى الاجتماعى :

ومع إرساء قواعد فلسفة العلاج الحديث فى مجال المرضى النفسيين أصبح دور الباحث الاجتماعى هاماً ورئيسياً حيث أن المريض يعود إلى المجتمع بعد فترة قصيرة يقضيها داخل المستشفى النفسى وبالرغم من أن دور بقية الاخصائيين داخل مجموعة العلاج النفسى ينتهى بخروج المريض إلى المجتمع إلا أن دور الباحث الاجتماعى النفسى يستمر إلى أن يستقر الشخص المريض داخل عائلته وعمله وبيئته وفى عديد من الحالات يستمر العلاج والرعاية الاجتماعية سنوات عديدة (١) .

بعد خروج المريض إلى المجتمع يقلل فرصة عودة المريض إلى المستشفى ولقد صاحب الفلسفة الحديثة فى العلاج النفسى وعى عام من العامة نحو أهميته وفاعلية دور الباحث فى هذا الصدد مما زاد من التقدير الاجتماعى لدوره داخل مجموعة الاخصائيين القائمين بالعلاج فانهم يعتمدون تماماً على المعلومات والتحليلات الاجتماعية التى يقدمها الباحث للمجموعة ورأيه التشخيصى مأخوذ به لقدرته على إلقاء الضوء على العوامل الاجتماعية والبيئية المؤثرة فى حالة المريض النفسى ، كما أن دوره العلاجى الفعال أتاح له القدرة مع الاستمرار فى العمل مع المريض وعائلته لفترات طويلة هذا إلى جانب فاعلية الدور الذى يقوم به الباحث فى مجال الوقاية الاجتماعية فى المجتمع (إلقاء محاضرات فى الجماعات والكليات والمدارس والمصانع والنوادي) (٢) .

(١) إستانلى هارون ، مناهج الرعاية الاجتماعية وتطبيقاتها ، مرجع سابق ، ص ١١ .

(٢) المرجع السابق ، ص ١١ .

ثالثاً : الأسس العامة للعلاج النفسى الاجتماعى :

يذكر لنا التاريخ أنه لا يوجد مرض طبى أو جراحى لم يمر بامتحان الشعوذة والدجل ولم يعالج بالتمائم والرقى حتى أنتهت البشرية بعد خسائر ليست يسيرة .. إلى أن " الطبيب " هو المسئول الأول عن هذه المهمة الانسانية الكريمة . ولم يختلف المرض النفسى عن سائر الأمراض .. فقد مر بنفس مراحل التخبط والتشوش غير أنه تلكاً فى تلك المراحل طويلاً ولم يكن ذلك إلا لطبيعته الخفية . وإفتقاره إلى الأدلة المادية الصارخة التى توقف هذا الهراء عند حد وهو لم يتأخر عن سائر فروع الطب فى مجال العلاج فحسب ^(١) ، ولكنه تأخر عنها فى التحديد والتصنيف والتشخيص ووسائل العلاج جميعاً والطبيب هو من درس الطب ومارسه ودرس تكوين كيان الانسان كمفهوم موحد من جسم ونفس يتفاعلان فى بيئة اجتماعية تحيط بهما ثم درس ما يعترى جسمه ونفسه من اضطراب وخلل ، ثم تخصص بعد ذلك - كيف شاء فيما يصيب النفس أكثر من الجسم من اضطراب أو ما يصيب الجسم (أكثر من النفس) من أمراض . فالأسس العامة للعلاج تتضمن بادئ ذى بدء فحص وحدات الانسان من نفس وجسم ودراسة بيئته من ناس وأشياء .. للوصول إلى القضاء على ذلك الطارئ الذى إعتراه وهو المرض .

ولا يعنى أن الطبيب هو الذى يعالج المريض النفسى أنه سيقوم بكل هذا العبء وحده ولكنه فى الأمراض النفسية مثل سائر الأمراض سيلجأ إلى من يعاونه فى مهمته الانسانية تلك - ممن يختارهم ويوجههم ويجد عندهم من الخبرة والوقت ما لا يستطيع هو أن يلم بكل أبعاده فهو كما استعان بالصيدلى والمرضة والكيميائى فى سائر الأمراض سيستعين بهم جميعاً فى حالة المرض النفسى بالاضافة إلى الاختصاصى الاجتماعى والاختصاصى النفسى حتى يصل هذا الفريق

(١) إمام أحمد محمد عبد الله ، الخدمة الاجتماعية فى مجال الطب النفسى ، مرجع سابق ، ص ٥٩ .

بقيادته إلى الهدف الأسمى وهو الانتصار على المرض لذا فقد قسم علاج الأمراض النفسية إلى ثلاث أنواع رئيسية :

- ١ - العلاج العضوى : وهو الذى يستعمل الوسائل الطبيعية والكيميائية هادفاً من وراء ذلك أن تنظم وظائف النفس وتعاود سيرها الطبيعى .
- ٢ - العلاج النفسى : وهو الذى يهدف أساساً إلى معالجة النفس ابتداءً .. بغية أن تنظم أحوالها فتقضى على المرض النفسى بكل آثاره النفسية والجسدية.
- ٣ - العلاج الاجتماعى : وهو الذى يدرس البيئة ويبحث معوقاتها وآثارها البيئة السيئة ويحاول أن يخفف ضغوطها حتى يرجع إلى النفس هدونها وفعاليتها ويرجع إلى الجسم سواءه ونشاطه (١) .

أما العلاج الاجتماعى وهو محور الدراسة فهو يشتمل على الآتى :

- أولاً : ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفصامى داخل المستشفى .
- ثانياً : ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفصامى لإدماجه مع البيئة الخارجية .

رابعاً : ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفصامى داخل المستشفى :

يشتمل على النقاط الآتية :

- ١ - مفهوم الدور .
- ٢ - دور إخصائى خدمة الفرد مع الفصامى .
- ٣ - دور إخصائى خدمة الجماعة مع الفصامى .
- ٤ - دور الإخصائى الاجتماعى مع المجتمع .
- ٥ - دور الإخصائى الاجتماعى ضمن الفريق العلاجى .
- ٦ - دور الإخصائى الاجتماعى داخل مستشفى الأمراض العقلية .

(١) المرجع السابق ، ص ٦٠ .

١ - مفهوم الدور :

لكل فرد في المستشفى وضع أو مركز " Position " معين يتطلب هذا الوضع من الفرد أن يقوم بجملة أنشطة لها صفة الانتظام والتكرار وهذه الأنشطة هي التي يطلق عليها في الاصطلاح العلمي كلمة الدور (Role) والكلمة مستعارة من المسرح حيث يفهم الدور على أنه الجزء الذي يؤديه الممثل في مضمون روائي معين ، وبالمثل فإن اصطلاح الدور في العلوم الاجتماعية يعبر عما يقوم به الفرد من أعمال ترتبط بوضعه أو مركزه الاجتماعي مثال ذلك دور المدير ودور الباحث ودور الخبير ودور العامل وقد يرى البعض أن اصطلاح المركز والدور يعبران عن شيء واحد غير أن هذا غير صحيح فالدور يحتل الجانب الدينامي للمركز ، كما أن المركز الواحد قد ترتبط به جملة أدوار ويعبر اصطلاح الدور عن أشياء مجردة (Abstract) بمعنى إنه لا يعبر عن الشخص الذي يقوم بالعمل وإنما يعبر عن مجموعة الأنشطة التي يقوم بها أي فرد يشغل مركز معيناً بغض النظر عن شخصية القائم بها ولذا فإن الاصطلاح يسمح لنا بالتركيز على الجانب الاجتماعي دون أن نأخذ في الاعتبار الجوانب الشخصية للقائم بالدور يضاف إلى ذلك أن من يقوم بدور معين قد يتغير عن طريق ترك العمل أو عن طريق الترقية أو عن طريق الوفاة أما الدور نفسه فإنه يظل ثابتاً لا يتغير (١) .

٢ - دور اخصائى خدمة الفرد مع الفصامى :

أ - دوره مع المريض .

ب - دوره مع أسرة المريض .

(١) عبد الباسط محمد حسن ، علم الاجتماع الصناعى ، الطبعة الثانية ، مكتبة غريب ، ١٩٧٨ ، ص

أ - دوره مع المريض :

- ١ - استقبال المريض وتهيئته للمستشفى وذلك ببيت روح الثقة والاطمئنان ومساعدته على التخفيف من مشاعر الخوف والارتعاج وتخفيف مشاعر الذل والهوان .
 - ٢ - تقديم المريض إلى زملائه وطبيعة مرضه وأن يشرح ما سوف يلقاه في المستشفى حتى يستطيع الاندماج في مجتمعه العلاجي الجديد بيسر وسهولة .
 - ٣ - اشعار المريض بأنه أهل للثقة وذلك باسناد المهام البسيطة إليه .
 - ٤ - ربط المريض بالواقع الاجتماعي المحيط ومساعدته على أن يدرك أسباب وجوده في المستشفى وينبغي هنا أن يحرص الاخصائي الاجتماعي ألا يتحدث مع المريض في مشكلات ما قبل المرض (١) .
 - ٥ - مساعدة المريض على أن يتقبل العلاج الذي يضعه الطبيب ويقبل عليه .
 - ٦ - حل مشاكل المريض التي تتصل بوجوده داخل المستشفى أو خارجها .
 - ٧ - مساعدة المريض على الاسهام والاشتراك في الأنشطة الاجتماعية بالمستشفى العلاجي وتقدير ما يقوم به من أعمال حتى يستعيد الثقة بنفسه .
 - ٨ - مساعدته على الالتحاق بأقسام العلاج بالعمل حتى يتم تهيئته للعودة للبيئة مؤهلاً بعمل ما ... وحتى يساعد هذا النوع من العلاج في سرعة شفائه .
 - ٩ - الربط بين المريض وأسرته .
- كما يتضح دور الاخصائي مع المريض من خلال المقابلات النفسية الاجتماعية والتي يقوم بها الاخصائي .

(١) سامية محمد فهمي ، ممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال النفسي ، مرجع سابق ، ص ١٩٧ .

المقابلة النفسية الاجتماعية :

تكتسب المقابلة الأولى أهمية خاصة إذا غالباً ما تحدد نوعية العلاقة العلاجية المستقبلية مع المريض لذلك يجب أن يعمل الاخصائى على توفير مناخ ثقة واطمئنان يسمح بجمع معلومات شاملة ومتكاملة عن الحالة المرضية وذلك باستقبال المريض على انفراد وإن اقتضى الأمر ذلك ويستقبل من يرافقه من أفراد أسرته بشكل منعزل كما يفضل تأجيل صياغة الملاحظات والمعلومات إلى ما بعد المقابلة حتى لا يشعر المريض بحرج يعرقل عفويته .

وقد تشكل الدقائق الأولى من المقابلة طوراً هاماً قد يكون حاسماً فى سياقها اللاحق أن تتشكل لدى المريض الخطوط الأولى التى ترتسم بها فى ذهنه صورة الاخصائى الاجتماعى النفسى وذلك عبر التفاعل مع بيئته واضطراباته يتحتم على الاخصائى أن يكون مهتماً ومستمعاً هادئاً وطيباً وذلك لإضفاء مناخ من الثقة والراحة تخفف من قلق المريض ومقاوماته . هذا الموقف يفتح فى البدء المجال الكامل للمريض للتعبير عن آلامه ومشاكله أو غير ذلك متجنباً قدر الامكان كثرة المداخلات وممتعاً عن التوجيهات والنصائح فى هذه البداية قد يلتزم الاخصائى الصمت وقد يقوم الاخصائى بتشجيع المريض على الحديث لتجنب مساوئ شحن التوتر (١) .

أما المرحلة التالية للمقابلة . فيحاول فيها الاخصائى استكشاف المعلومات من المريض وحول تاريخ المرض وتقييم عام لشخصية المريض ومركباتها .

وقد تشمل البيانات التى يغطيها الاخصائى فى المقابلة :

(1) Social Work, Journal of the National Association of Social Workers March - April 1987, Volume 32, Number 2. P. 122 .

- [illegible]

(1) I Bide P. 122.

(٢) سامية محمد فهمي ، ممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال النفسي - مرجع سابق ، ص ١٩٦ .

- ٢ - مساعدة الأسرة على حل مشاكلها التي تعتبر (معجزة) للمرضى والتي يوجد بها المريض إذا كانت وظيفتها تسمح بذلك أو مساعدتهم بتعريفهم مصادر المساعدة الأخرى .
- ٣ - إقناع الأسرة بضرورة الاستمرار فيه .
- ٤ - تكوين علاقة مهنية مع الأسرة واستخدام كافة أساليب العلاج والمعونة النفسية لمساعدتها على تقبل المريض وحتى تقبل أقصى ما يمكنها من الناحية النفسية والمادية والاجتماعية لعلاج المريض كما يساعدها بهيئتها لاستقبال المريض إستقبلاً حسناً ويهيئها للتعامل مع البيئة المعالجة لإتمام الخطة العلاجية بنجاح ... وذلك بالاشراف على تنفيذ التوصيات الطبية .
- ٥ - من خلال حلقات المناقشة الجماعية يستطيع الاخصائى حماية الأسرة من تلك الأمراض وذلك ببيان خطورة زواج الأقارب وكذلك توضيح فائدة العلاج المبكر لآى من الظواهر غير العادية للسلوك أو الانفعال وبهذه يستطيع أن تحمى باقى أفراد الأسرة ولو جزئياً (١) .

٣ - دور اخصائى خدمة الجماعة مع الفصامى :

- أ - خدمة الجماعة فى المجال النفسى .
 - ب - خدمة الجماعة كإحدى طرق الخدمة الاجتماعية .
 - ج - العلاج بالأنشطة .
 - د - دور اخصائى خدمة الجماعة مع المرضى خلال فترة العلاج .
 - أ - خدمة الجماعة فى المجال النفسى :
- إن الاصابة بالأمراض النفسية يصاحبها متاعب اجتماعية مما يتطلب مجهودات الخدمة الاجتماعية وقد أصبح من الأمور الأساسية فى العلاج الحديث

(١) المرجع السابق ، ص ١٩٧ .

النظر إلى مجموعة الخدمات التي تبذل للمريض ككل أو كعملية متكاملة لا تتجزأ أساسها المسؤولية الطبية النفسية وتسهم فيها جهود أخرى اجتماعية .

وإنه بربسوخ مكانة الخدمة الاجتماعية في ميدان الطب النفسي ازدادت المسؤوليات التي تسند إلى الاختصاصيين الاجتماعيين حتى أصبح عملهم جزءاً هاماً مكملاً لعمل الطبيب النفسي على أن يكون الإشراف النهائي من اختصاصه وتعرف خدمة الجماعة في المجال بأنها استخدام طريقة خدمة الجماعة في العمل مع مجموعات من المرضى في مكان للعلاج النفسي (١) .

والخدمة الاجتماعية النفسية هي خدمة اجتماعية تقوم بها مؤسسات للعلاج النفسي وهدفها مساعدة تلك الخدمات التي تعمل على تقدم الصحة العقلية في المجتمع ، وخدمة ذوي الاضطرابات العقلية أو العاطفية . وهي تمارس عادة في المستشفيات أو العيادات أو مجموعات الطب النفسي كجزء من نشاط الفريق الطبي الذي يضم الأطباء النفسيين ورجال علم النفس ، كما تضم في معظم الأحيان مهنيين يهتمون بعلاج المرضى وتشر خدمات العلاج النفسي (٢) .

ب - خدمة الجماعة كأحدى طرق الخدمة الاجتماعية :

إن الإنسان كائن حي اجتماعي لا يستطيع أن يعيش بمعزل عن الآخرين، هو دائم التواجد في جماعات منذ بداية حياته وحتى انتهائها ومن الحقائق التي أفرزتها العلوم الاجتماعية والنفسية أن للجماعة تأثير كبير على الفرد وقد يكون هذا التأثير إيجابياً أو سلبياً انطلاقاً من هذه الحقائق ظهرت طريقة العمل مع

(1) Gisela Konopka : " Social Group Work : Ahelping Procoss " P. 18 .

(٢) جزيلاكونوبكا ، ترجمة رمزي يس مراجعة حسن الساعاتي ، خدمة الجماعة عملية المساعدة الهيئية العامة لكتب والأجهزة العلمية ، القاهرة ، ١٩٦٩ ، ص ٢٢٩ ، ٣٠٠ .

الجماعات كأحدى طرق الخدمة الاجتماعية . التى تستخدم الجماعة الاجتماعية باعتبارها الأداة الرئيسية للعمل ^(١) .

وكانت بداية هذه الطريقة فى الولايات المتحدة الأمريكية والتى تواكب ظهورها مع بعض نتائج الثورة الصناعية ، حيث توجد الأحياء المختلفة وتزايد حركة الهجرة إلى المدن حيث تم ممارستها بشكل أو بآخر فى المحلات والأندية الاجتماعية .

وظهرت حينذاك الحركة الكشفية وحركة المعسكرات وظهور منظمات اجتماعية تمارس فيها أنشطة جماعية وقد استخدم مصطلح خدمة الجماعة فى ذلك الوقت ليصف عمليات كانت تمارس لشغل وقت الفراغ ^(٢) .

وحيث أن الجماعات الإنسانية فى زيادة مستمرة مع التغير الحضارى الذى تمر به المجتمعات فلم تعد جماعة الأسرة هى وحدها الجماعة الأكثر تأثير على الإنسان بل أصبحت هناك جماعات كثيرة تلعب دوراً هاماً فى حياته تلك الجماعات أصبحت تتطلب من الإنسان علاقتة بها وفى نفس الوقت المواءمة بينها وبينه ^(٣) .

(١) سمير حسن منصور ، طريقة العمل مع الجماعات * مفاهيم أساسية ومواقف تطبيقية * ، المكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية ، ١٩٩١ ، ص ٥ .

(٢) أحمد فوزى الصاوى ، خدمة الجماعة بين النظرية والتطبيق ، بدون ، ١٩٨٧ ، ص ٩ .

(٣) عبد الحميد عبد المحسن ، خدمة الجماعة أسس وعمليات ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، القاهرة ، ١٩٨٨ ، ص ١٢ .

وتستند طريقة العمل مع الجماعات على حقيقة أن الناس جميعاً في حاجة إلى المساعدة لمجرد كونهم كائنات بشرية ولهم الحق في المشاركة في تقدير أمور حياتهم وتكمن فيهم القدرة على النمو وإن اختلفت هذه القدرة من شخص لآخر وبواسطة الجماعة يستطيع الأعضاء تحقيق النمو الشخصي وتنمية الجماعة والمجتمع (١).

ومن ثم نستطيع أن نتفهم طريقة خدمة الجماعة باعتبارها العملية التي عن طريقها يتمكن الأخصائي أن يؤثر في حياة الجماعة وحيث يوجه بوعى وإدراك كل عمليات التفاعل مما يؤدي إلى نضج الأعضاء ونمو شخصياتهم ويجد الأعضاء من خلال التفاعل والنشاط الجمعي فرصاً لإشباع رغباتهم وتحقيق احتياجاتهم في ضوء قيم المجتمع وأهدافه وتحاول هذه الطريقة أن توفر مناخاً اجتماعياً مناسباً للأعضاء يمكنهم من تحقيق ذواتهم (٢).

وقد عرفت جيز لاكونبكا خدمة الجماعة بأنها " إحدى طرق الخدمة الاجتماعية التي تهدف إلى مساعدة الأفراد من خلال الخبرة الجماعية على زيادة أدائهم الاجتماعي ليواجهوا بكفاءة ونشاط مشكلاتهم الفردية والجماعية والمجتمعية (٣).

(١) أحمد فوزى الصادى ، العلاقة بين ممارسة العمل مع الجماعات وزيادة مشاركة الأعضاء في مشروعات تنمية المجتمع المحلي ، بحوث تجريبية في العمل مع الجماعات ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٧ ، ص ٧ .

(٢) محروس محمود خليفة ، ممارسة الخدمة الاجتماعية ، قراءة جديدة في قضايا الرعاية الاجتماعية ، ط ١ ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، ١٩٨٩ ، ص ٢٩٧ .

(3) I Bide P. 15 .

أما تريكر (Trecker) فقد عرفها بأنها طريقة بواسطتها يتم مساعدة الأفراد في جماعات داخل مؤسسات اجتماعية ومن خلال إخصائي خدمة الجماعة الذي يقوم بتوجيه التفاعلات التي تحدث بين الأعضاء أثناء ممارسة أوجه النشاط حتى تزداد اتصالاتهم مع بعضهم البعض ومع الآخرين ، ويهيئ فرص النمو تبعاً لاحتياجات وقدرات الأعضاء بهدف نمو الفرد والجماعة والمجتمع المحلي^(١).

أما جريس كويل "Graccoyly" فقد عرفها بأنها منهج تعليمي يقوم على اكتشاف جماعات متطوعة تشغل وقت الفراغ وبمساعدة إخصائي أو رائد يرمي إلى تطور الفرد والوصول به عن طريق النشاط الحر إلى تكوين شخصية في مثل هذه الأحوال التي يسمح بانتهاج سبل التعاون والانسجام والمصلحة العامة أما د/ محمد شمس الدين ١٩٨١ فقد عرفها بأنها طريقة يتضمن استخدامها عملية بواسطتها يساعد الإخصائي الأفراد أثناء ممارستهم لأوجه نشاط البرنامج في الأنواع المتعددة من الجماعات في المؤسسات المختلفة لينمو كأفراد وكمجموعة ويساهموا في تغيير المجتمع في حدود أهداف وثقافة المجتمع^(٢).

ولطريقة العمل مع الجماعات فلسفة تؤكد على أن الجماعة وسيلة لاكتساب وتعديل السلوك ذلك عن طريق مقابلة كل من الحاجة إلى الانتماء والحاجة إلى التقبل وأن نجاح الفرد وسعادته في حياته يتوقفان على قدرته على أن

(1) Horleioh B.Trecker, Social Group Work : Principle and Practices
Associations Press, N.Y, 1955, P. 5 .

(٢) محمد كامل البطريق ، الخدمة الاجتماعية مهنة ذات علم وفن " دراسة تحليلية لتطور الخدمات الاجتماعية وأساليب العمل معها. مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٦٢ ، ص ٨٩ .

يعيش ويعمل ويلعب مع أعضاء الجماعات المختلفة وفي ذلك فهي تؤمن بالأسلوب الديمقراطي الذي يقوم على احترام الفرد وكرامته واحترام الفروق الفردية (١) .

ج - العلاج بالأنشطة :

وهذا النوع من العلاج يصلح لمرضى الفصام وخصوصاً العلاج بالعمل في هذا النوع من النشاط يصعب أحياناً التفرقة بين ما هو لعباً وما هو عملاً أو بين ما يعتبر عملاً ويمكن تقدير الفرق بينهما على أساس نظرة المريض ومدى تقبله للنشاط ونواحي تأثيره بالخبرات السابقة وصحته العقلية الحالية والعمل له أثره الإيجابي في استعادة الروح الاجتماعية ومن الخطأ أن نقول أن أنواعاً معينة من الأمراض النفسية والعقلية يستجيب للعب استجابتها للعمل فإن اختيار النشاط المناسب تعلمه على أساس الحاجة الفردية لكل مريض ويهدف برنامج العلاج بالعمل إلى إلحاق المريض النفسي بالأعمال الصناعية في المستشفى ويختار من بين النجارة وكي الملابس وبأعمال الصيانة والأشغال الفنية والجلود وغير ذلك من الفنون .

على أي أساس يختار المريض للعلاج بالعمل ؟

١ - المريض الذي ارتفع مستواه فعلاً بدرجة تسمح له بالمساهمة الإيجابية في مواقف صناعية ولكن لم يتقرر خروجه من المستشفى بعد ويحتاج في هذه الحالة إلى شيء من التكيف والاندماج في مصانع المستشفى الخاصة قبل أن تلقى عليه مسئولية التكيف في الحياة الخارجية .

(١) محمد شمس الدين أحمد ، العمل مع الجماعات في محيط الخدمة الاجتماعية ، مطبعة يوم المستشفيات ، القاهرة ، ١٩٨١ ، ص ١٦ ، ص ٢٤ ، ص ٢٥ .

٢ - المريض الذى تقتضى طبيعة مرضه الإقامة فى المستشفى سنوات طويلة مثل هذا المريض إذا لم يجد نشاطاً يشغله فإنه قد يتعرض للمرض الشديد كذلك إذا بلغ العلاج بالمريض مرحلة كبيرة من التحسن فليس ثمة ضرر فى استمرار المريض فى الاستفادة بالأعمال الصناعية كالتى تتواجد بقسم العلاج بالعمل .

٣ - المرضى الذين زاد ترددهم على المستشفى وعلى الأخص فى حالات الشخصيات السيكوباتية وكثيراً عندما يعود المريض إلى نفس المستشفى يطلب إعادته إلى نفس العمل الصناعى الذى كان يزاوله من قبل (١) .

٤ - دور الإخصائى الاجتماعى مع المجتمع :
يعمل المجتمع دائماً على مواصلة وجود أفراد فى حالة ستاتيكية غير متغيرة ومن هنا يحق للمجتمع أن يودع أحد أفراد المصحات العقلية كوسيلة لبقاء هذا الجمود واللاتغير الاجتماعى ويتضح هنا حرمان المجتمع لأحد أفراد من حقوقه وعلاجه فى الإطار على أنه مريض مع أنه يملك قوة شفافة فى إدراكه وخبراته الذاتية وأنه باستثناء باقى أفراد المجتمع ناقد فصيح بليغ للهيكل الاجتماعى (٢) .

ويتحدد دور الإخصائى مع المجتمع فى الآتى :
١ - إيقاظ الوعى العام بحقيقة الأمراض النفسية والعقلية وضرورة التغلب عليها .

(١) سامية محمد فهمى ، ممارسات الخدمة الاجتماعية فى المجال النفسى ، مرجع سابق ، ص ١٨٨ .

(٢) أحمد عكاشة ، الطب النفسى المعاصر ، مرجع سابق ، ص ٢٥٨ .

- ٢ - إثارة الوعي والرأى العام بحاجته إلى أنواع الخدمات التى تسهم فى مكافحة هذه الأمراض وبالتالي تزيذ الفرص العلاجية للمجتمع .
- ٣ - تغيير آراء المجتمع على حقيقة الأمراض العقلية ومن ارتباطها فى أذهان العامة بالنواحي الوراثية وبالغار الذى يلحق بالأسرة التى يظهر فيها إذ أن الآراء القائلة بالوراثة آراء تفتقر إلى الأدلة العلمية وهى لم تتأكد بصفة قاطعة وبمحااولات الاختصاصى فى هذا السبيل تدفع الأفراد والأسرة إلى عدم الاحتفاظ بمشاكلها وبذلك يقل عبء الحياة المضطربة عن كاهلها .
- ٤ - كما أن تحرير الأفراد من المشاكل النفسية هو فى نفس الوقت وقاية لذويهم من مثل هذه الاضطرابات . فالمعروف أن الشخص المعتل نفسياً يسوق المحيطين به إلى نفس المصير .
- ٥ - الحث على إيجاد مكاتب لتراغبين فى الزواج والتأكد من خلوصهم من الأمراض الوراثية التى ترتبط بالأمراض العقلية بصورة مباشرة (١) .
- ٦ - الاهتمام بفئة من فئات المجتمع منذ وقت مبكر وهى فئة ضعاف العقل وهؤلاء لا يدخل ضمنهم البله والمعتوهين وناقضوا العقول وتنشئ لهم المستشفيات العلاجية دون أن توجه عناية خاصة إلى ضعاف العقول الذين يعتبرون المورد الرئيسى لحالات المرض العقلى وتبدأ العناية بضعاف العقول بإنشاء مدارس خاصة لرعايتهم وتوجيههم الوجهة التعليمية المناسبة ويتبع ذلك أيضاً فى التهيئة بطريقة تتناسب مع حالة الطفل وتكوينه الجسمى وتدرج هذه الرعاية فى إطار العمل أيضاً سواء فى الريف لعدم مقدرتهم على التكيف مع حياة المدن الصاخبة .
- ٧ - مراعاة رفع مستوى الحياة المادية والروحية مع التطور فى القيم والمعايير السائدة فى المجتمع وبهذا يتجه الارتفاع فى مستوى المعيشة

(١) سامية محمد فهمى ، ممارسات الخدمة الاجتماعية فى المجال النفسى ، مرجع سابق ، ص ١٦٩ .

والارتفاع فى مستوى الحياة فى خط متواز مع وضوح القيم الروحية ونمو المثل العليا القائمة على فضائل أخلاقية مستقرة واضحة وبهذا تسير عناصر الحياة الانسانية فى صورة متناسقة تساعد على النمو العقلى وصيانة الصحة العقلية لأفراد المجتمع (١) .

٥ - دور الاخصائى الاجتماعى داخل مستشفيات الأمراض العقلية عامة :

استعرضت فيما سبق دور الاخصائى الاجتماعى فى كل طريقة من طرق الخدمة الاجتماعية على حدة ثم فى النهاية استعرض دور الممارس الاجتماعى أو الاخصائى الاجتماعى النفسى داخل مستشفى الأمراض العقلية .

فهو فى مستشفيات الأمراض العقلية عليه التزامات وواجبات هى :

- ١ - يعهد إلى الأخصائى الاجتماعى النفسى العديد من المهام والخدمات الفردية والأسرية والاجتماعية التى تهدف إلى تحقيق التوافق فى علاقات المريض والتغلب على صعوباته .
- ٢ - يعد الاخصائى الاجتماعى النفسى خير من يدخل إلى قلب العقلين من المرضى الطمأنينة والراحة إلى الجو الجديد الذى وجدوا أنفسهم فيه وخاصة فى حالات قبولهم للعلاج الداخلى بمستشفى المرضى العقلى وكثيراً ما يكون هو أول من يقابل المرضى الجدد محاولاً تعريفهم بعمله ومدى ما يمكنه أن يقدمه إليهم من عون . كما يحاول تعريفهم تبعاً لظروفهم بالخدمات التى ستقدمها لهم المستشفى ولا شك فى أثر كل ذلك تهدئة روعهم واعدادهم لتقبل العلاج الذى سيضعه الطبيب .

(١) المرجع السابق ، ص ١٩٩ .

٣ - يدخل الاخصائى الاجتماعى النفسى ضمن فريق العلاج بالمستشفى العقلى وتعد دراسة الحالة التى يقوم بها مستنداً هاماً يذير الطريق أما الطبيب النفسى المعالج فى تشخيصها وفى رسم خطة العلاج العقلى بعد وتحديد خطواتها كما أن مناقشاته مع المريض والمناشط الذى يتجاهلها على المستوى الفردى أو الجماعى لها أهميتها فى معاونته على بناء علاقات أكثر صحة من ذى قبل وفى التحرك نحو واقعة الحلول لمشكلاته ضمن الاطار العام للعلاج الذى يشرف عليه الطبيب النفسى .

٤ - ورسالة الاخصائى الاجتماعى النفسى مع أسرة المريض لها فاعليتها وأهميتها فبدون إقناع الأسرة وتجاوبها لا يتسنى فى كثير من الأحيان البدء فى العلاج ومن ثم الاستمرار فيه . هذا من ناحية أخرى ومن ناحية أخرى قد تكون الأسرة بؤرة الاضطراب الوجدانى والصراع النفسى عند المريض والعمل معها سيكون له أثره فى الحالة علاجاً ووقاية ولا تقتصر مهمة الاخصائى الاجتماعى النفسى فى محيط الأسرة على ما تقدم ، بل كثير ما يجد نفسه مضطراً إلى تعديلات بيئته مثل تغيير الاتجاهات أو تعديل صلاته بأخوانه وأخواته أو ادخال خدمات إلى بيئة المريض مثل الترفيه أو مشروع مهنى .

٥ - وتقع على عاتق الاخصائى الاجتماعى النفسى أيضاً مسئوليات جمة فى تنظيم الخدمات الثقافية والترويحية وحل مشكلات المرضى الاجتماعية التى لا تقع تحت حصر خلال وجودهم بالمستشفى مستعيناً فى ذلك بأساليب خدمة الفرد والجماعة وكثيراً ما يأتى العلاج الجماعى فى مجال المرض العقلى والنفسى بأطيب النتائج ويقوم الاخصائى الاجتماعى النفسى بزيادة هذا اللون من ألوان النشاط الجماعى الذى يجب أن يتم باستشارة الطبيب النفسى وتحت إشرافه .

٦ - وجود الاخصائى الاجتماعى النفسى فى تتبع المرضى أثناء تردهم على المستشفى أو بعد خروجهم من المستشفى له أهميته القصوى إذا أن المريض فى حالة إنتقاله ثانيه إلى محل إقامته يحتاج إلى فترة نقاهة ، تعد مرحلة إنتقالية لعودته لاستئناف صلاته ونشاطه وإذا لم تؤد هذه المرحلة مهمتها فى إعادة إدماج المريض فى بيئته كان إنتكاس الحالة متوقعاً ، ويتسنى للاخصائى الاجتماعى النفسى أن يستغل الموارد البينية لتمكين المريض من (النقاهة) السليمة وإعداده لتحمل مسئولية المواطن الايجابى والمنتج .

٧ - يستعين الاخصائى الاجتماعى النفسى فى عمله بطريقة خدمة الفرد وخدمة الجماعة كما يستعين أيضاً بطريقة تنظيم المجتمع وفيما يتعلق بتنظيم المجتمع على الاخصائى الاسهام فى التوعية المجتمعية بإيضاح حقيقة المرض العقلى والنفسى بهدف تذليل الصعوبات التى تعترض سبيل اندماجه المرضى مجتمعياً وإعادة بناء علاقتهم على أسس واقعية سليمة وكذلك زيادة الفرص العلاجية أمام المرضى وتشجيعهم على التقدم إلى العلاج بلا حرج .

٨ - يتطلب تقدم العمل الاجتماعى النفسى اهتمام الاخصائى الاجتماعى فى مجال المرض العقلى بالبحوث والدراسات التى تهدف إلى تقييم الجهود العلاجية ومبلغ جدواها وقياس فاعليتها فى توفير المستوى المرغوب من الصحة النفسية لهم (١) .

(١) محمد عبد المنعم نور ، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل ، دار المعرفة ، القاهرة ، ١٩٧٨ ، ص ١٤٢ ، ص ١٤٤ : ١٤٥ .

خامساً : ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفصامى لإدماجه مع البيئة الخارجية:
يقوم الاخصائى الاجتماعى قبل خروج المريض من المستشفى بالاتصال
بأهله لتعريفهم بطبيعة المرحلة القادمة وتوجيههم إلى كيفية التعامل معه وبعد
خروج المريض من المستشفى يقوم الاخصائى بعمل زيارات منزلية للمريض
لمساعدته على حل مشاكله خاصة فى الفترة التى تلى الخروج مباشرة (١).

ومن هذا المنطلق سوف أعرض ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفصامى
لإدماجه مع البيئة الخارجية من خلال النقاط الآتية :

أ - العلاج البيئى والاجتماعى .

ب - رعاية مرضى الفصام فى المنزل .

ج - دور الأسرة مع الفصامى .

أ - العلاج البيئى والاجتماعى :

هذا النوع من العلاج يوجه أساساً إلى البيئة التى يعيش فيها المريض وما
يتعلق بعمله وطريقة معيشته ويشمل :

١ - الناحية التدعيمية ومنها :

أ - مساعدة المريض مادياً إذا لم يكن له مصادر مادية ولا يستطيع العمل .

ب - شراء أجهزة تساعد فى التغلب على عاهته إن وجدت أو تساعد على
الكسب المادى ليستطيع المعيشة .

(١) أميرة صادق الطنطاوى ، فاتن عبد اللطيف ، مبادئ صحة المجتمع ، بدون ، الاسكندرية ، ١٩٩٣ ،
ص ١٣٣ .

ج - مساعدته في ايجاد عمل مناسب إن كان يستطيع ذلك وإن كان يعمل عملاً لا يستطيع القيام به مساعدته في الحصول على عمل خفيف أو إجازة من العمل حتى تتحسن حالته (١) .

٢ - الناحية الاجتماعية وتشمل :

أ - الأسرة والأبناء والأقارب .

ب - زملاء العمل ورؤسائه .

مساعدته على تحسين علاقاته بهم وإفهامهم لحالته حتى يمكن مساعدته من جانبهم أيضاً ويقوم بهذا الدور وهذا النوع من العلاج الاخصائي الاجتماعي حيث يقوم بزيارات لأسرة المريض وبجهة عمله ويساعده في ذلك بالطريقة المتقدمة (٢) .

ب - رعاية مرضى الفصام في المنزل :

كان قرار إدارة مراكز كنيدي للصحة العقلية يهدف إلى توفير مشاركة فعالة للمجتمع فيما يختص بالمرض العقلي ومن ثم يؤكد على مبدأ خروج المرضى من المؤسسات العلاجية وإعادة ربطهم بعائلاتهم بالمنازل والتخفيف من عملية استمرار بقاء المرضى في مصحات علاج الأمراض النفسية والعقلية ويعتقد أصحاب فكرة مغادرة المرضى للمستشفيات واستكمال شفائهم بالمنازل أن المرضى النفسيين يستطيعون أن يجدوا لهم مكاناً بسهولة داخل المجتمع وذلك بمساعدة العلاج النفسي وبمساعدة أسرهم بصفة خاصة وهكذا فإن مرضى الفصام ينقلون من مصحاتهم ليعيشوا في المجتمع .

(١) محمود حمودة ، الطب النفسي ، مرجع سابق ، ص ٢٩١ .

(2) Social Work · Journal of The National Association of Social Workers March - April, 1987, Volume 32., Number 2 P. 122.

وهناك من يدعى أن مبدأ خروج المرضى من المؤسسات العلاجية واستكمال شفائهم عن طريقة المعيشة وسط أسرهم قد فشل في ادماج المرضى النفسيين في المجتمع وفي اعادتهم للحياة الطبيعية ورداً على هذا الادعاء فقد كافحت البرامج المؤيدة لكي تقدم أفضل أنواع الرعاية والعلاج للمرضى الذين نرحوا من المستشفيات ويعيشون وسط ذويهم ومنها البرامج اليومية داخل المجتمع التي تقدمها مراكز الصحة النفسية .

وفي عام ١٩٨٠ ذكر كل من (فنتراس) و (فريند) أنه كنتيجة لحركة عودة المرضى النفسيين إلى المجتمع بعد مغادرتهم مستشفيات الولاية أن حوالي ربع مليون مريض بالفصام تركوا بدون اشراف يتجولون في شوارع المدينة بلا هدف ولا مقصد وإن كثير من الأفراد لم ينالوا قسطاً كافياً من الرعاية والمساندة ومن ثم لم يتوفر لهم الاتصال ببرامج المجتمع ويضاف إلى ذلك أن عائلات هؤلاء المرضى لم يكونوا مستعدين لمواجهة المتاعب الناتجة عن إيواء قريب لهم مريض بالفصام العقلي المزمن .

وهناك فريق يؤيد فكرة أن الفصام العقلي يتميز بالانتكاسات المزمنة والمتكررة التي يستغرق علاجها أجالاً طويلة ويرى " لامب " أن المشاكل والمعوقات التي اعترضت فكرة اخراج المرضى من المؤسسات العلاجية واستكمال شفائهم من خلال المجتمع نتجت بسبب الفشل في الاعتراف بوجود نوعيات مختلفة من المرضى يحتاج علاجهم إلى فترات طويلة كما أنهم يختلفون ويتفاوتون بدرجة كبيرة في قدراتهم على الاستجابة والتكيف مع المجتمع وأوضح أن كثير من البرامج القائمة في المجتمع غير كافية بدرجة كبيرة وتخدم أقلية صغيرة فقط من المرضى الذين يستغرق علاجهم أجالاً طويلة .

وهناك عدة أبحاث تقترح تزويد العائلات وخاصة الوالدين بالوسائل العلاجية المعنية في شفاء مرضاهم الذين يحتاجون إلى مدداً طويلة ويقيمون معهم في بيوتهم وخاصة أن كثيراً من هذه العائلات مرهقة مالياً وعاطفياً إلا أن فريقاً من الباحثين يرى أن العائلات التي قبلت التحدي وأختارت طريق رعاية مرضاهم بالمنزل سيواجهون أحد أمرين : إما شفاء المريض أو هلاك الأسرة ذاتها ومع ذلك فإنه يجب الإشارة هنا إلى أنه على الرغم من المعاناة التي تصادفها الأسر فإن نسبة كبيرة ترحب بعودة مرضاهم إلى منازلهم .

وهناك تقارير متوفرة عن الاستشفاء بعد العلاج في المحيط الاجتماعي وتتراوح نماذج العلاج في كمية التركيز وفي المدى من حيث السكن ومن حيث البرامج العلاجية اليومية والتي تقدم أنشطة تهدف إعادة بناء الشخصية للمريض وهناك نماذج أخرى مثل دور الإحتضان والمساكن الانتقالية وهذه تقدم بيئات أقل من حيث تكاملها إلا أن بها طاقم موظفين مستعدين لتلبية طلبات المقيمين بها ولقد أكدت مجهودات بحثية متنوعة تمت أنه عندما يكون المريض جزءاً من جماعة صغيرة داخل المجتمع وفي مناخ إستشفائي متفهم لرسالته فإنه يكون أقل عرضة للانفعالات والضغط الزائدة حيث يتمتعون بجو اجتماعي مريح وصحية ودودة كما إنه يبدأ في الاحساس بكيانه وذاته مع احساسه بالفرديّة مع انخفاض معدل الانتكاس :

كتب كل من " مايرسون " و " هرمان " تقرير يوضح أن العلاج اليومي قد برهن على أنه مصدر فعال للاستشفاء بعد الخروج وخاصة إذا لازمه دواء مناسب فإنه يقلل من معدل الانتكاس ويوفر ظروفاً أفضل للمرضى العقلين ويقول (فان دركولك) و " جولدبرج " أن مرضى الفصام العقلي الذين يعيشون خارج

المصحات ويتلقون خدمات استشفائية مناسبة وعلاج اجتماعي مستمر تحسنت حالتهم بدرجة كبيرة من أولئك المرضى الذين يحصلون على برنامج متابعة بعد العلاج ^(١) .

وبالرغم من أن التسهيلات المقدمة لرعاية المرضى الذين غادروا المستشفيات ويقيمون في منازلهم قد حققت نجاحاً فإنها عادة ما تكون قليلة بل نادرة وهكذا فإن غالبية المرضى النازحون من المستشفيات أصبحوا تحت رعاية مراكز الصحة العقلية من ناحية وعائلاتهم من ناحية أخرى إلا أن الخدمات التي يقدمها المجتمع والتي تعتبر حيوية بالنسبة لمرضى الفصام العقلي عادة ما ينقصها البرامج المؤثرة والاختصاصيون الاجتماعيون الماهرون اللازمون لمواجهة الحاجات التي تلزم المرضى الذين غادروا المستشفيات كما أنه يندر أن تقدم خدمات لمعونة العائلات في القيام بمهمتهم الصعبة .

كما أوضحت الأبحاث أن جماعات الأسر ونماذج أسر التربية النفسية هي علاج تلقائي ناجح سواء للوالدين أو الأزواج حيث أنها توفر لهم دعم مستمر وتغذية عكسية من أقرانهم وهذه التلقائية تنمى أيضاً مستويات التحمل والمثابرة التي لا توفرها وسائل العلاج التقليدية الأخرى ^(٢) .

وأخيراً سوف أتناول دور الأسرة مع الفصامي وكيفية التعامل معه أو بمعنى آخر كيف يمارس الفصامي حياته اليومية .

(1) Ibid, P. 123 .

(2) I bide, P. 123 .

ج - دور الأسرة مع الفصامى :

لقد صاحب الاتجاه الحديث والذي يحوز قبولاً واسعاً لاجراج مرضى الفصام من المستشفيات بأسرع ما يمكن ، اتجاه لاعادة التأكيد على دور الأسرة وإعادة تقييمية من وجهة نظر مغايرة ، فلم يعد ينظر للأسرة على إنها مصدر المرض وإنما ينصب الاهتمام عليها بوصفها أداة رئيسية فى استعادة المريض لحالته السوية إذ يجب اعتبار المريض عرضة للانتكاس لفترة زمنية معينة ويجب أن يعامل خلالها معاملة خاصة حتى لو بدا إنه قد أصبح طبيعياً تماماً .

والأسرة وإن كان بمقدورها تأهيل المريض إلا أنها لا تستطيع القيام بالعلاج النفسى وهناك فرق كبير بين التأهيل وبين العلاج النفسى وإن كان التأهيل يخلط عادة بينه وبين العلاج النفسى أو يعتبر أحد أنواعه ، وبينما يقوم المعالج النفسى بالاشتراك مع المريض باستكشاف حياة المريض الداخلية ، يقوم أفراد الأسرة بالاشتراك مع المريض باستكشاف العالم الخارجى ، حتى يتبين له أن العالم الخارجى ليس مربعاً مثلما بدا له من قبل بل هو مكان بمقدوره أن يجد لنفسه فيه موطئ قدم بل ما هو أكثر من ذلك بكثير .

والتأهيل الذى يجرى داخل الأسرة يتضمن شعور الفرد بالألفة تجاه أسرته وشعوراً بالأخوة تجاه الأشقاء والأقارب أى يتميز بمضمون عاطفى وجدانى أكثر مما نجد فى التأهيل الذى تقوم به المؤسسات.

لكن دعونا نواجه مباشرة عودة المريض لأسرته ، فقد أضيف عامل جدير ولم يعد جو الأسرة كما كان من قبل والإدعاء بان كل شئ كما كان ليس إلا طمساً للحقيقة إذ أن مثل ذلك الادعاء إنما يقوم على ميكانزمات الإنكار التى تؤدى

إلى عواقب سيئة وفضلاً عن ذلك ليس من صالح الأسرة ألا تحدث بعض التغييرات فالشفاء من الفصام ليس كالشفاء من التهاب الغدة النكفية أو الحصبة وحدث تغير في جو الأسرة ليس حدثاً سيئاً بعامه بل يمكن أن يؤدي إلى نتائج مرضية والحياة مع المريض يوماً بيوم تصبح عملاً علاجياً ، وهو ليس عملاً هيناً حتى بالنسبة لأشد الأسر تعاوناً . مهمة الأسرة لا تنحصر في مجرد إيواء المريض وإنما عليها أن تشكل جواً من التقارب والمودة الحميمة يقيم فيه الجميع الأحزان والأفراح معاً ^(١) .

(١) سيلفانو أريتي ، ترجمة د/ عاطف أحمد ، الفصامي : كيف نفهمه ونساعده دليل للأسرة والأصدقاء ، مرجع سابق ، ص ١٥٣ : ص ١٥٦ .

الخاتمة :

الاخصائى الاجتماعى النفسى هو اخصائى اجتماعى يعمل فى المجال النفسى وهو خريج كليات الخدمة الاجتماعية وينال دراسات متقدمة فى العلوم النفسية والعقلية ورغم ان دوره لا يتناول العلاج المباشر إلا أنه يساعد الفرد المريض على أن يتقبل حقيقة مرضه وأنه فى حاجة للعلاج كما إنه يسهم فى عمليات الدراسة والتشخيص والعلاج مع الفريق المعالج ويعمل على تحسين الجوانب البيئية التى يكشف التشخيص عن سببها كأحد العوامل كما يباشر تنفيذ خطة العلاج ومتابعتها ويساعد البيئة ويهيئها لاستقبال المريض . والتعامل معه بطريقة لا تجعله عرضة للانتكاس السريع ويساعد المريض على الاشتراك فى الأنشطة الاجتماعية المختلفة التى تعاونه على الخروج من عزله ويقوم الاخصائى الاجتماعى النفسى بعمليات الدراسة والتشخيص والعلاج للمرضى وأسراهم باستخدام أساليب طرق خدمة الفرد وخدمة الجماعة واستراتيجيات تنظيم المجتمع ومن خلال عملية المساعدة المباشرة فى المقابلات الفردية أو العملية الجماعية يستطيع الاخصائى أن يساعد المريض فى وصف مشكلاته التى تنشأ فى بيئة اجتماعية أو المشكلات التى لها صلة بعلاقاته الشخصية والأسرية والتى تعوقه على القيام بوظائفه وأدواره بصورة ملائمة والاخصائى الاجتماعى النفسى فى عمله المتكامل مع غيره من أعضاء الفريق العلاجى يتحمل مسئوليات أخرى تتعلق بالتنسيق بين جهوده ووظائف غيره وأعضاء الفريق (١) .

وبهذا قد ألقيت الضوء على دور الاخصائى فى كادر فريق من الطرق على حدة ودوره كممارس لكل الطرق ودوره ضمن الفريق العلاجى ثم الدور الوقائى للاخصائى فى المجتمع حيال الفصامى وكيفية حماية الأفراد من الاصابة بهذا المرض .

(١) سامية محمد لهماى ، ممارسة الخدمة الاجتماعية فى المجال النفسى ، مرجع سابق ، ص ٩٨ .

المراجع

أولاً : المراجع العربية

- ١ - أحمد عزت راجح ، أصول علم النفس ، القاهرة ، سجل العرب ، ١٩٦٥ .
- ٢ - أحمد عكاشة ، الطب النفسى المعاصر ، القاهرة ، مكتب الانجلو-
المصرية ، ١٩٩٢ .
- ٣ - أحمد فوزى الصاوى ، خدمة الجماعة بين النظرية والتطبيق ، بدون ،
١٩٨٧ .
- ٤ - أحمد فوزى الصادى ، العلاقة بين ممارسة العمل مع الجماعات وزيادة
مشاركة الأعضاء فى مشروعات تنمية المجتمع المحلى ،
بحوث تجريبية فى العمل مع الجماعات ، كلية الخدمة
الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٧ .
- ٥ - أحمد محمد عبد الخالق ، أسس علم النفس ، الاسكندرية ، دار المعرفة
الجامعية ، ١٩٨٩ .
- ٦ - أرنولدج . ماندل ، البيولوجيا فى خدمة الانسان فى الصحة .. والمرض .
وتحديد النسل (ترجمة د. توماس بطرس روفائيل) ،
مطبوعات كتابى ، الاسكندرية ، ١٩٧٢ .
- ٧ - إستانلى هارون ، مناهج الرعاية الاجتماعية وتطبيقاتها ، رسالة ماجستير
غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة المنصورة ، ١٩٧٨ .
- ٨ - إقبال بشير ، وإقبال مخلوف ، الاعتبارات النظرية لممارسة الخدمة
الاجتماعية فى العمل مع الأفراد ، المكتب الجامعى الحديث،
الاسكندرية ، ١٩٨١ .
- ٩ - إقبال محمد بشير وإقبال إبراهيم مخلوف ، الرعاية الطبية والصحية ودور
الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعى الحديث ، ١٩٨٣ .

- ١٠ - إمام أحمد محمد عبد الله ، الخدمة الاجتماعية في مجال الطب النفسى ،
الكتاب الجامعى ، بدون سنة نشر .
- ١١ - أميرة صادق الطنطاوى ، فائق عبد اللطيف ، مبادئ صحة المجتمع ،
بدون ، الاسكندرية ، ١٩٩٣ .
- ١٢ - إنتصار يونس : السلوك الانسانى ، دار المعارف ، الاسكندرية ، ١٩٨٦ .
- ١٣ - ترجمة قدرى حنفى ، لطفى فطيم مراجعة د: أحمد عكاسة ، الانسان
والجنون ، مذكرات (طبيب أمراض عقلية) ، دار الطليعة ،
بيروت ، ١٩٧٥ .
- ١٤ - جزيلاكونوبكا ، ترجمة رمزى يس مراجعة حسن الساعاتى ، خدمة
الجماعة عملية المساعدة الهيئة العامة لكتب والأجهزة
العلمية ، القاهرة ، ١٩٦٩ .
- ١٥ - جلال الدين عبد الخالق رمضان ، العمل مع الحالات الفردية عمليات
ونظريات ، الاسكندرية ، ١٩٩٤ .
- ١٦ - جمعه سيد يوسف ، سيكلوجية اللغة والمرض العقلى ، عالم المعرفة ،
العدد ١٤٥ ، ١٩٩٠ .
- ١٧ - حامد عبد السلام زهران ، الصحة النفسية والعلاج النفسى ، القاهرة ،
عالم الكتب ، ط٢ ، ١٩٧٧ .
- ١٨ - حلمى أحمد حامد ، مبادئ الطب النفسى ، القاهرة ، دار الصفا للطباعة
والنشر ، ط١ ، ١٩٩١ .
- ١٩ - رمضان محمد القذاقى ، الصحة النفسية والتوافق . الجماهيرية الليبية ،
دار الرواد ، ط١ ، ١٩٩٢ .
- ٢٠ - ساميه محمد فهمى ، ممارسة الخدمة الاجتماعية فى المجال النفسى ،
دار المعارف الجامعية ، اسكندرية ، ١٩٨٧ .

- ٢١ - سعد جلال ، فى الصحة العقلية والأمراض النفسية والعقلية والاثراوات السلوكية ، القاهرة ، دار الفكر العربى ، ١٩٩٢ .
- ٢٢ - سمير حسن منصور ، طريقة العمل مع الجماعات " مفاهيم أساسية ومواقف تطبيقية " ، المكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية ، ١٩٩١ .
- ٢٣ - سيلفانوا أريتى ، ترجمة د. عاطف أحمد ، الفصامى : كيف نفهمه ونساعده دليل الأسرة والأصدقاء ، عالم المعرفة ، العدد ١٥٦ ، ١٩٩١ .
- ٢٤ - عباس محمود عوض : الموجز فى الصحة النفسية ، الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٤ .
- ٢٥ - عبد الباسط محمد حسن ، علم الاجتماع الصناعى ، الطبعة الثانية ، مكتبة غريب ، ١٩٧٨ .
- ٢٦ - عبد الحميد عبد المحسن ، خدمة الجماعة أسس وعمليات ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، القاهرة ، ١٩٨٨ .
- ٢٧ - عبد الرعوف ثابت ، مفهوم الطب النفسى ، القاهرة ، مطابع الأهرام ، ١٩٩٢ .
- ٢٨ - عبد الرحمن العيسوى ، علم النفس ومشكلات الفرد ، منشأة المعارف ، الاسكندرية ، بدون سنة نشر .
- ٢٩ - عبد رب النبى محمود ، علم الاجتماع فى الميدان الطبى ، رسالة ماجستير ، الاسكندرية ، ١٩٦٥ .
- ٣٠ - عبد الفتاح عثمان ، على الدين السيد ، نظريات خدمة الفرد المعاصرة وقضايا المجتمع العربى ، القاهرة ، مكتبة عين شمس ، ط١ ، ١٩٩٣ .

- ٣١ - عزيز فريد ، الأمراض النفسية والعصبية (علمياً - تشخيصياً - علاجياً) ،
الشركة العربية للطباعة والنشر ، القاهرة ، ١٩٦٤ .
- ٣٢ - عطوف محمود ياسين ، علم النفس العيادى ، بيروت ، دار العلم للملايين ،
سنة ١٩٨١ .
- ٣٣ - عطوف محمود ياسين ، أسس الطب النفسى الحديث ، بـيروت ،
منشورات بحسون الثقافة ، ط ١ ، ١٩٨٨ .
- ٣٤ - على عبد الرازق جلبى ، الطب النفسى الاجتماعى النظرية والتطبيق ،
دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، ١٩٨٨ .
- ٣٥ - على عبد الرازق جلبى ، نادىة عمر ، الطب الاجتماعى النظرية
والتطبيق ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، ١٩٩٢ .
- ٣٦ - عوض محمد ، قانون العقوبات القسم العام ، إسكندرية ، دار المطبوعات
الجامعية ، ١٩٩١ .
- ٣٧ - فاطمة الحارونى ، خدمة الفرد فى محيط الخدمات الاجتماعية ، مطبعة
السعادة ، القاهرة ، ١٩٧٤ .
- ٣٨ - فؤاد محمد كامل وآخرون ، مدخل إلى الطب النفسى الإكلينيكى ، بدون
ناشر ، ١٩٨٢ .
- ٣٩ - مجلة الطب النفسى الاسلامى ، السنة الثامنة - العدد ٣٥ يوليو - ١٩٩٣ ،
- ٤٠ - محروس محمود خليفة ، ممارسة الخدمة الاجتماعية ، قراءة جديدة فى
قضايا الرعاية الاجتماعية ، ط ١ ، ١ ، المعرفة الجامعية ،
الاسكندرية ، ١٩٨٩ .
- ٤١ - محمد سلامة محمد غبارى ، العمل مع الحالات الفردية ، دار المعرفة
الجامعية ، الاسكندرية ، ١٩٨٩ .

- ٤٢ - محمد شمس الدين أحمد ، العمل مع الجماعات فى محيط الخدمة الاجتماعية ، مطبعة يوم المستشفيات ، القاهرة ، ١٩٨١ .
- ٤٣ - محمد عاطف غيث ، قاموس علم الاجتماع ، دار المعرفة الجامعية ، القواميس العلمية ، ١٩٩٠ .
- ٤٤ - محمد عبد المنعم نور ، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل ، دار المعرفة ، القاهرة ، ١٩٧٨ ، ص ١٤٢ .
- ٤٥ - محمد كامل البطريق ، الخدمة الاجتماعية مهنة ذات علم وفن " دراسة تحليلية لتطور الخدمات الاجتماعية وأساليب العمل معها ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٦٢ .
- ٤٦ - محمود حسن ، الخدمة الاجتماعية فى الجمهورية العربية المتحدة ، ط ١ ، دار المعارف ، ١٩٦٧ .
- ٤٧ - محمود حمودة ، الطب النفسى ، القاهرة ، الفجالة ، ١٩٨٥ .
- ٤٨ - محمود هاشم الودرنى ، مدخل إلى الطب النفسى وعلم النفس المرضى .
- ٤٩ - مختار حمزة ، سيكولوجية نوى العاهات والمرضى ، جدة ، دار المجمع العلمى ، ط ٤ ، ١٩٧٩ .
- ٥٠ - نشرة منظمة الصحة العالمية ، ١٩٩١ .
- ٥١ - نورى الحافظ ، التكيف وإنعكاساته الايجابية ، بدون ، المؤسسة العربية للدراسات والنشر ، بدون .
- ٥٢ - يسرى عبد المحسن ، مستشفياتنا العقلية وكلمة حق ، كتاب اليوم الطبى العدد ٦٣ ، ١٩٨٧ ، القاهرة .

ثانياً : المراجع الأجنبية

- 1 - Bandler : Dynamics of Teaching Learning Process, (N. Y .
Journal.) of Social Work education, Vol 22 -
No.1 , 1986 .
- 2 - Bernecesion, “ Design of Learning Experiences in Field
instisuation “, Social service Review, Vol, 40 ,
1966 .
- 3 - Betty Biceard : Social Work Process : Prontice - Hall
Inc., N. Y. 1982 .
- 4 - Bucher, Charles A; and others, Recetion . For Tody
Society Prentic Hall, in england, New Jersy, 1984.
- 5 - Cherry Morris, Social Case Work Greet Brita Britain ,
London Publiahers Faber and Feber, L.T.D.
- 6 - Daivdson’s Principles and Practice of Medicines Jhon
Mochel, The English language Book Society
Chupchill Livingstone 1978 .
- 7 - David Wiggims, Needs. Valus. Truth . Essayim the
Philosophy of value, Basil Black, Well, Oxford
1987 .
- 8 - Dowring, R, : Bridging The gap between. educations and
Practice, Social work, June, 1974 .

- 9 - Encyclopedia of Social Work, National Association of Social Workers .N.Y, 1971 , Vol 11 .
- 10 - Ernest G. “ The Practice of Science and The Scien of Practice “, in : Waren G Bennis, Kenneth D. Benne, and Robertchin . The Planning of Change (New York : Hatt, 1961) .
- 11 - Konopka G. : “ Social Group Work : Ahelping Process
- 12 - Thecker H. : Social Group Work : Principle and Practice Asso Ciattion Press, N.Y 1955 .
- 13 - Journal of National, Associattion of Social Work March 1992, Volume, 37, Number 2.
- 14 - Kloger, J. Others : Midway Agencies : Jouranal of Work, N.Y. 1974 .
- 15 - Journal of National Associattion of Social Workers . March 1992 , Volume 37 , Number 147 .
- 16 - Mostafa Kamal El Din, Positive and negative Symptons in Schizophrenia , Master of neurology , and Psychiatry , Faculty of Medicine Univercity of Alex ., 1992 .
- 17 - Al Garem, O., : Al Garem’s Clear Psychiatny, Alex, Dar Al Ma’ref 1985 .

- 18 - Weinberg, S. K., : Types of Family Patterns that Contribute to Mental disorders, in : S.K Weinberg The Sociology of mental disorder .
- 19 - Social Work, March - April, 1987, Volume 32, Number 2.
- 20 - Stanitis G., : The Enhancement of self, esteem through the Communication Process in a group Psychotherapy
" Journal of mental health Services, 12, 1977 .
- 21 - The Role of the Social Welfare in Psychiatric Service,
World Health Organization, Regional office for Europe, Copenhagen, 1974 .
- 22 - Abd El - Mohsen., Y., : Basic Psychiatry, Cairo .

الباب الثانى

رعاية ذوى الأمراض النفسية

تقديم الباب الثانى

تمثل الأمراض النفسية اليوم واحدة من الأمراض التى يطلق عليها أمراض العصر لأنها تُعد شبحاً مخيفاً يتزايد يوماً بعد يوم ومن المتوقع زيادتها أكثر لاسيما وأن العالم الآن يمر بسلسلة من التحولات والتغيرات الاقتصادية والاجتماعية ستؤثر بالطبع على الإنسان الذى يعيش هذا العصر وعلى صحته النفسية لأنها (أى التغيرات) لا تترك للإنسان فرصة ليفكر فيها أو يدبر كيف يتعايش معها لأنها متلاحقة وسريعة .

وقد أصبحت الأمراض النفسية لا تصيب الكبار وحدهم بل يعانى منها الأطفال أيضاً لأسباب متعددة من بين أهمها معاشته لأسرته أو لأحد الوالدين الذى قد يكون مريضاً نفسياً وينعكس مرضه على طريقة تعامله مع أبنائه فتتأثر حالتهم النفسية بمرضه وبأسلوب تعامله معهم وهذا ما تطالعنا به نتائج البحوث والدراسات المحلية والدراسات المحلية والعالمية وما أشارت إليه منظمة الصحة العالمية والجمعية الأمريكية للطب النفسى فى الدليل الرابع لتشخيص الأمراض النفسية المعدل (DSM - IV) ، مما ينبؤ بأن الأطفال فى حالة إصابتهم بالاضطرابات النفسية فى الصغر قد يتعرضون إلى الدخول فى دائرة المرض النفسى عند الكبر بل تشير إحدى الدراسات أن معدلات الانتحار بين الأطفال تستزايد بسبب اضطراباتهم النفسية .

والفصول التالية تناقش هذه القضية وتعرض لأهم الأمراض النفسية وأنواعها وأعراضها وأسبابها وطرق علاج كل منها وهذا ما جاء فى الفصل الخامس ، أما الفصل السادس فقد تناول التشخيص الاجتماعى للأمراض النفسية

والنقاط التي يجب أن يركز عليها الأخصائي الاجتماعي عند العمل في مجال الأمراض النفسية مستخدماً نظرية الدور كإطار نظري موجه لعمله المهني باعتبار أن الممارسة يجب أن تنطلق من منظور علمي ، كما تناول الفصل السابع نشأة العيادات النفسية والأدوار المهنية للأخصائي الاجتماعي سواء مع الحالات الفردية أو الجماعات العلاجية أو المنظمات المحلية كموارد مجتمعية يجب الاستفادة منها أو مع الفريق العلاجي . واختتم الكتاب بالفصل الثامن والذي تناول العلاج الأسري في المجال النفسي ونظرة هذا النموذج العلاجي لكيفية ظهور المريض أو المشكلة وتوضيحاً لأنماط الأسر السوية والمريضة وكيف تحدث المشاكل الأسرية والمراحل العلاجية وأخيراً الانتقادات الموجهة لهذا النموذج .

إن هذه الفصول هي خطوة على الطريق الذي سلكه المؤلف وهو محصلة خبرة متواضعة للعمل في المجال النفسي مع حالات المرضى النفسيين . وأتمنى أن أكون قد وفقت في تناول موضوعاته ويسعدني تلقي أي نقد أو تعليق على ما جاء به للوصول إلى إمام أفضل بالموضوعات المتعلقة بالأمراض النفسية دراسة وتشخيصاً وعلاجاً .

والله الموفق والهادي إلى سواء السبيل ،،،،

المؤلف

د . سلامة منصور

الفصل الخامس

الأمراض النفسية : اسبابها والاتجاهات المفسرة لها

- تعريفها
- حجمها في المجتمع
- أسبابها
- لماذا يعاني الشباب المعاصر من الإصابة بها ؟
- أنواعها

مقدمة :

في الآونة الأخيرة زاد الاهتمام بقضايا ومشكلات الصحة النفسية في الدول الصناعية المتقدمة وذلك لتحقيق الأمن والرضا والطمأنينة التي عجزت الرفاهية المادية عن تحقيقها لأفراد هذه الدول .

وفي هذا الفصل سيحاول المؤلف تقديم فكرة عن مفهوم المرض النفسي والاتجاهات المفسرة لأسباب الإصابة به وأنواعه ، وكذلك الطرق الحديثة في العلاج .

فالمرض النفسي في حقيقته هو نوع من الأمراض التي تصيب الإنسان ، إلا أنه يختلف عن الأمراض العضوية في أشياء متعددة من أهمها عدم معرفة الأسباب المحدثة له في كثير من الحالات وعدم اختلاف الصورة الإكلينيكية كثيراً عن السلوك العادي للإنسان ، مما يؤدي إلى تأخر الاتجاه إلى الطبيب النفسي ، الأمر الذي يساعد على التنقل بين تخصصات الطب المختلفة بحثاً عن العلاج فيؤدي ذلك إلى تفاقم الإصابة بالمرض النفسي .

أولاً : مفهوم المرض النفسى :

" جاء فى التقرير السنوى لجمعية الطب النفسى الصادر فى عام ١٩٥٢م .
أن الأمراض النفسية هى عبارة عن مجموعة من الانحرافات التى لا تنجم عن علة عضوية أو تلف فى تركيب المخ . . الخ ، ومعنى ذلك أن المرض النفسى ليس جسمىاً أو عضوى المنشأ بل هو اضطراب وظيفى فى الشخصية ، لا يرجع الى إصابة أو تلف فى الجهاز العصبى وإنما يرجع أساساً الى الخبرات المؤلمة أو الصدمات الانفعالية أو اضطرابات علاقات الفرد مع الوسط الاجتماعى الذى يعيش فيه ويتفاعل معه إلى غير ذلك من ألوان الخبرات المؤلمة التى تعرض لها الفرد فى ماضى حياته وخاصة فى طفولته المبكرة " (١) .

وهناك من يرى أن المرض النفسى أو العصاب " . . . Neurosis . . . " هو اضطراب وظيفى فى الشخصية يبدو فى صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة منها القلق . . . والوساوس والأفكار المتسلطة والمخاوف الشاذة مضطراً الى ادائها بالرغم عن إرادته ، ومن هذه الأعراض تعطل حاسة من الحواس أو شلل عضو من الأعضاء دون أن يكون لهذا التعطل أو الشلل سبب جسمى أو عصبى " (٢) .

" والأمراض النفسية تتأب الشخص لأسباب نفسية ولا يكون لها أساس عضوى وإنما تعتبر مظاهر خارجية لحالات التوتر والصراع النفسى الداخلى ، والتى تؤدى الى إختلال جزئى فى الشخصية ويكون المريض بها لا يزال متصلاً

(١) مصطفى فهمى ، علم النفس الاكلينيكى ، مكتبة مصر ، القاهرة ، ١٩٦٧ ، ص ١٩٦ .

(٢) احمد عزت راجح ، اصول علم النفس ، الدار القومية للطباعة والنشر ، ط ٦ ، الاسكندرية ، ١٩٦٦ .

بالحياة الواقعية ، وتعتبر الأمراض النفسية امتدادا للمشكلات النفسية التي تعرض لها الفرد في ماضى حياته خاصة في طفولته المبكرة (١) .

وبتحليل التعاريف السابقة نلاحظ ما يلي :

- ١ - أن المرض النفسى هو اضطراب فى وظائف الشخصية وليس اضطراباً عضوياً .
 - ٢ - أعطت التعاريف السابقة دوراً هاماً للعوامل البيئية التي تحيط بالإنسان فى إحداث الإصابة بالمرض النفسى .
 - ٣ - أن المريض النفسى يكون متصلاً بالحياة الواقعية ومدركا لما يدور حوله .
 - ٤ - أن لمرحلة الطفولة أهمية فى تكوين شخصية الإنسان ، وللخبرات السيئة فى الطفولة المبكرة دوراً فى حدوث الإصابة بالمرض النفسى .
- "ومما لا شك فيه أن الأمراض العصابية (النفسية) أصبحت تواجهنا المشكلة صحية عامة ، إذ ان مدى انتشارها يفوق ما نعرفه عن الأمراض العقلية والعضوية ، فهى فى الحقيقة أكثر فروع الطب النفسى والعقلنى شيوعاً ، ويتسم العصابى بصفة عامة بوجود صراعات داخلية ويتصدع فى العلاقات الشخصية وظهور أعراض مختلفة أهمها : القلق والخوف الاكتئاب ، والوساوس ، والافعال القهرية ، وسهولة الإثارة ، والحساسية الزائدة ، واضطرابات النوم والطعام ، وكذلك الاعراض الهستيرية " (٢) .

حجم الإصابة بالأمراض النفسية فى المجتمع :

تتفق غالبية الآراء على ارتفاع معدلات الإصابة بالمرض النفسى على مستوى العالم ويكفى للدلالة على ذلك ما سيعرضه المؤلف من هذه الآراء فيما يلي :

(١) محمد ابرو العلا احمد ، علم النفس ، مكتبة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٨١ ، ص ٢٨٤ .

(٢) احمد عكاشه ، الطب النفسى المعاصر ، مكتبة الانجلو المصرية ، ط ٤ ، القاهرة ، ١٩٨٦ ، ص ٢٠ .

" ولعل من الاحصائيات ما يعطينا صورة لحجم هذه الامراض فى المجتمع فمثلا فى احد الابحاث وجد ان ٣٣٪ من كل المتقدمين لكل العيادات ذات التخصصات الطبية المختلفة فى بريطانيا كانوا يعانون من امراض نفسية ، كما صدر كتاب طبي حديث فى الولايات المتحدة يوضح ان ٧٥٪ من كل المرضى الذين يطلبون العلاج فى اى فرع من فروع الطب يعانون من اضطراب نفسى ويحتاجون الى طبيب يعرف قدرا معقولا عن الأمراض النفسية وكيف يتعامل مع المريض على اسس سليمة من الناحية النفسية (١).

٢ - ولان جانب الحقيقة اذا قلنا ان حوالى ستمس المرضى المترددين على المستشفيات العامة ، وثلاث المرضى المترددين على العيادات الخاصة او يزيد مصابون بالعصاب " (٢).

٣ - " وترى وجهة اخرى ان الامراض النفسية تمثل نسبة ٣٥٪ من جملة المترددين على العيادات الخارجية فى المستشفيات العامة فى العالم العربى " (٣).

٤ - ويرى اخرون ان الامراض النفسية اصبحت واسعة الانتشار بدرجة توازى انتشار الامراض التنفسية العليا (كالزكام) بين السكان (٤).

٥ - وتوضح لنا بعض التقارير ان حوالى ٤٠٪ - ٦٠٪ من المرضى الذين يترددون على الاطباء يعانون من المرض النفسى (العصاب) ، وقد

(١) فرج امين ، عن المشكلة وكلمات فى اذن اسرة المريض النفسى ، " بحث منشور " فى مجلة الصحة النفسية ، السلة الخامسة عشرة ، العدد الرابع ، يوليو ، أغسطس ، ص ٤٠ .

(٢) عمر شاهين ، يحيى الرخاوى ، مبادئ الامراض النفسية ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٢٩ .

(٣) الزين عباس عمارة ، مدخل الى الطب النفسى ، مرجع سبق ذكره ، ص ٤٦٣ .

(٤) اخرى الدباغ ، اصول الطب النفسانى ، دار الطليعة للطباعة والنشر ، بيروت ، ط ٣ ، ١٩٨٣ ،

أشارت إحدى الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية أن ٦٠٪ من الوقت الضائع في ميدان الصناعة يكون نتيجة لإصابة العمال بأمراض نفسية " (١) .

من كل ما سبق من آراء يتضح أن المرض النفسي منتشر بدرجة كبيرة بين أفراد المجتمع وعلى الرغم من عدم اتفاق العلماء على النسبة التي يوجد بها المرض النفسي بين الناس ، إلا أن النسب التي ذكرناها تدل على كبر حجم المشكلة ، ونستطيع أن نذكر أن هذه الأرقام الإحصائية عن الأمراض النفسية إنما هي أقل من الواقع بكثير لأسباب متعددة من أهمها أن بعض المرضى النفسيين يعتبرون المرض النفسي وصمة كبرى لهم ولأسرهم ولذلك يخفون مرضهم ، وربما لا يبادرون بالعلاج ، كما أن بعض المرضى يلجأون للمعالجين من غير الأطباء الذين يعالجونهم بالسحر الأمر الذي يحول دون دخول هؤلاء ضمن الإحصائيات العامة للمرضى النفسيين .

أهمية معرفة الأسباب الحقيقية للأمراض النفسية :

أن معرفة الأسباب التي تؤدي إلى إصابة إنسان العصر الحديث بالأمراض النفسية والعقلية تعد من الأهمية بمكان ، لا لرجال الطب فحسب ، وإنما للرجل العادي أيضا . وذلك بغية أن يتحاشى تلك الأسباب ويتجنب الوقوع في المواقف والظروف التي أدت إلى إصابته أو إصابة ذويه بأي من تلك الأمراض والمعروف بطبيعة الحال أن الوقاية خير من العلاج . (٢)

(١) ترجمة محمود الزيادي ، علم نفس الشواذ، دار النهضة العربية ، القاهرة ، د . ت ، ص ص ٦٧ -

(٢) عبد الرحمن العيسوي ، الإسلام والعلاج النفسي ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٠ .

" ولا شك ان معرفة الاسباب المختلفة للأمراض النفسية والعقلية مسألة بالغة الأهمية، ولا سيما في عصر تزداد فيه هذه الأمراض تفاقمًا وانتشارًا " (١) .

ولقد تعددت وجهات النظر وامتألت السُّرَّاثُ السيكولوجي بالعديد من الاتجاهات التي تفسر أسباب الأمراض النفسية ، والتي جانب بعضها الصواب حينما قرر ان هناك سببا واحدا لها واعتبره السبب الحقيقي الوحيد في تفسير تلك الأمراض مثل العوامل الوراثية أو العضوية أو البيئية أو غيرها . . .

وسيحاول الباحث فيما يلي ان يعرض لوجهات النظر المختلفة في تفسير أسباب الأمراض النفسية :

أولا : وجهة النظر الأولى : (٢)
تري ان أسباب المرض النفسي متعددة ومتشابهة ، وفي الفرد الواحد تتعدد الاسباب كذلك ، ونادرا ما يوجد سبب واحد للمرض الواحد ، ويمكن تصنيف الأسباب الى ثلاث مجموعات عامة هي :

١ - الاسباب البيولوجية . . . Biological Causes

٢ - الاسباب النفسية . . . Psychogenic Causes

٣ - الاسباب الثقافية Cultural Causes

ويقسم فخرى الدباغ العوامل المسببة للمرض النفسي إلى :

أ - العوامل التمهيدية (او المساعدة) . . . Predisposing Factors

ب - العوامل الحاسمة (او الترسيبية) . . . Precipitating Factors

(١) المرجع السابق ، ص ٢٢ .

(٢) فخرى الدباغ ، اصول الطب النفسي ، مرجع سبق ذكره ، ص ٨٣ .

فالعوامل المهيئة هي التي تجعل الفرد عرضه للاصابة بمرض نفسي معين أكثر من مرض آخر ، وقد تكون عوامل وراثية أو عضوية أو اجتماعية ، فالحرمان العاطفي والجفاء الذي يتعرض له الطفل قد يجعل منه شخص غير متهيئ لمواجهة مصاعب الحياة الواقعية أى أكثر استعداداً للاصابة بالعصاب مثلاً. اما العوامل الحاسمة فهي تبلور المرض كحقيقة ملموسة ، فهي اذن شذائد مباشرة اذا توجهت الى فرد مستعد فجرت فيه المرض النفسي وأظهرته ، وكمثال على ذلك نذكر : فقدان الأحباء - الهزات والازمات المالية الحوادث - الامراض الجسمية - المشاكل الزوجية .

ثانياً : وجهة النظر الثانية : (١)

وترى ان الامراض النفسية ماهي الا نتيجة تفاعل قوى كثيرة ومتعددة موجودة في البيئة والانسان معا واسبابها اما مهيئة او مرسبة .

اولا : الاسباب المهيئة :

وهي متعددة ومختلفة وربما استمر تأثيرها على المريض عدة سنوات وهي تحصيلي لحدوث المرض اى تجعل الانسان عرضة - أكثر من غيره - لظهور المرض النفسي اذا ما أصابه سبب مرسب ، واهم هذه الاسباب ما يلي :

١ - الوراثة :

وهي عامل عام يكاد يشمل الناس جميعا اذ قلما تخلو عائلة من وجود مرض نفسي او عقلي بها ، وتلعب جميع انواع الوراثة دورا واضحا في تكوين المريض النفسي وتهيئته لظهور نوع معين من المرض .

(١) عمر شاهين ، يحيى الرخاوى ، مبادئ الامراض النفسية ، مرجع سبق ذكره ، ص ٣٧ - ٤١ .

٢ - مراحل العمر :

تعتبر مراحل المراهقة (١٢ - ٢٠) وسن اليأس (حول ٥٠) وسن الشيخوخة (بعد ٦٠) مراحل حرجة في حياة الانسان يكثر فيها حدوث المرض النفسى وذلك لعدم التوازن بين الناحية الجسمية والناحية النفسية فى مرحلة المراهقة، وكذا الشعور بقرب النهاية والعزلة والضعف ونقص الكفاءة فى مرحلتى اليأس والشيخوخة .

٣ - البيئة : وتنقسم إلى

(أ) عوامل عامة من أهمها :

- ١ - المدينة والحضارة : وهى تمثل عبئا على عدد كبير من الناس لاسيما ضعيفى القدرات. ذوى التكوين النفسى الهش .
- ٢ - التصنيع : يحتاج العمل الصناعى الى قدرات اكبر من العمل الزراعى ويحتاج ذلك الى طاقة نفسية اكبر للتكيف ، وهكذا يعتبر التصنيع عبئا على نفوس الناس ويهيىء للمرض النفسى .
- ٣ - القوانين : ويتقدم الحضارة تتعقد القوانين وتمثل تقييدا لحرية الانسان وتهديدا لطمأنينته .
- ٤ - الحرب : ان وقوع الحروب والانقلابات المستمرة خاصة فى الدول النامية تؤدى الى عدم الشعور بالاستقرار ويثيران الاجساس بالأسى والضياع .
- ٥ - العلاقة بالزمن : ان العصور الحاضر وهو عصر السرعة يجعل الفرد انسانا آليا ولا يسمح له بفرص التأمل والاسترخاء والاستجمام مما يهيئه للإصابة بالمرض النفسى .

(ب) العوامل الشخصية :

- ١ - **التعلق بالوالدين :** يجعل الاستقلال عنهما صعبا فى الكبر وبذلك تصعب الحياة وتبدو قاسية لا امان لها لاسيما بعد فقد أحد الوالدين أو كليهما .
- ٢ - **القسوة والتدليل :** إن المبالغة فى القسوة يجعل الحياة تبدو مؤلمة ، كما أن زيادة التدليل يفقد الانسان القدرة على مواجهة صعوبات الحياة بطريقة سليمة وكلا الأمرين يهددان الصحة النفسية والتكيف مع المجتمع .
- ٣ - **عدم التوافق الاسرى :** إن كثرة الشجار بين افراد الاسرة وتفككها بالانفصال أو الطلاق يعنى أن الطفل سينشأ مفتقرا الى المعنى الصحى السليم للأسرة والى الرعاية الواجبة من الوالدين .
- ٤ - **الافتقار الى الثقافة الجنسية :** إن ذلك يعرض الاطفال الى استقاء معلوماتهم من مصادر جاهلة كالكتب الرخيصة أو اصدقاء السوء أو الاعلام الفاسد وبالتالي يورثهم الفهم السقيم والخيال للمشوه .
- ٥ - **الحالة المدنية :** تكثر الامراض النفسية بين غير المتزوجين . فالزواج مصدرا للامان النفسى فهو يرضى الحاجات الاجتماعية كما يفى بالاستكفاء الجنىسى ، كما أن عدم الزواج أو الطلاق قد يعتبران مظهرا للمرض النفسى فى صورة مخففة أو خفية .
- ٦ - **التعليم والدراسة :** إن تناسب مستوى التعليم مع القدرات يمنح الراحة النفسية فزيادة المستوى التعليمى عن المستوى العلقى يشعر الانسان بالنقص ، وانخفاض المستوى التعليمى عن الامكانيات العقلية قد يبعث على الاستهتار أو الشعور بالظلم ان كان السبب هو عدم اتاحة الفرصة .
- ٧ - **العمل :** ان العمل مخرج لطاقة الانسان ، كما انه يشعر بقيمته ، وهو ضرورى - كوسيلة للرزق ، فاذا لم تتح الفرصة للقيام به او كان الاجر منه لا يفى بحاجات العامل اصبح الفرد مهينا لحدوث المرض النفسى .

ثانيا : الاسباب المرسية :

(أ) الاسباب العضوية :

- ١ - الحمى بأنواعها والأمراض المعدية :
- ٢ - الإصابات : سواء كانت إصابات الرأس أو الجسم وهى فى الأطفال أهم من الكبار كسبب لاضطراب السلوك .
- ٣ - التسمم : ويكون إما تسمما خارجيا كالكحول والمخدرات أو داخليا كالتسمم البولي (يوريميا) أو الكبدى (كوليميا) أو الغيبوبة السكرية .
- ٤ - التشوه : بالحرق أو الأمراض الجلدية أو غيرها ، يحدث عيوباً جسمية تبعث على الشعور بالنقص والغربة والعزلة ، ومن ثم تساعد على ظهور المرض النفسى .
- ٥ - أمراض المخ والأعصاب : وهى التى تؤثر على الخلايا العصبية والمخية وتفسد وظيفة التركيب العصبى وبالتالي يضطرب عمل الجهاز النفسى ، وأمثلةها التهابات السحائية والمخية وأورام المخ الخبيثة والحميدة ، والشلل الجنونى العام .
- ٦ - نقص الفيتامينات : لاسيما مركبات فيتامين ب المركب تؤدى الى الأمراض كمرض البلوجرا المتوطن فى بلادنا وكذا النقص الحاد لفيتامين (ب) الذى يؤدى الى أمراض عصبية وعقلية حادة . . . وهكذا .
- ٧ - اضطراب الغدد الصماء : إن زيادة إفراز الغدد الصماء (كالتسمم الدرقي أو نقصها قد تنشأ عنه اضطرابات نفسية .
- ٨ - التعرض لدرجات الحرارة العالية : أن طول مدة العمل أمام الأفران الكبيرة وكذا ضربة الشمس فى الحر الشديد قد ترسب المرض النفسى .

(ب) العوامل النفسية :

الاسباب النفسية للمرض النفسى أصعب اكتشافا من الاسباب العضوية
وهي تتلخص فيما يلى :

- ١ - الصراع : وينشأ اذا تعارضت رغبات الانسان وكان عليه أن يختار
بينهما ولم يستطع ان يرجح احدهما على الاخرى . ويكون الصراع
شعوريا، اى يعلم الانسان وادراكه أو لا شعوريا أى دون علم الانسان
وخارج دائرة الوعي وهذا النوع صعب الاكتشاف .
- ٢ - الاحباط : وقيل يصاب الانسان بخيبة الأمل فيما يريد تحقيقه فلا
يستطيع الوصول الى هدفه لظروف قاهرة أكبر من ارادته .
- ٣ - الحرمان : وهو انعدام الفرصة اصيلا لتحقيق دافع ما ، رغم حاجة هذا
الدافع وقوة الحاجة .

ثالثا : وجهة النظر الثالثة : (١)

ترى أن البحث فى أسباب الامراض النفسية قد أدى الى انقسام العلماء
الى معسكرين رئيسيين :
١ - معسكر يؤيد الوراثة ويزعم أن الاستعدادات المرضية تنتقل من الآباء
والاجداد عبر الجينات Genes الى الذرية والى الفرد ، وخجتها فى ذلك
ما لاحظوه من تشابه فى هذه الأمراض بين الآباء والأبناء ثم الأقارب عامة .
أما دعاة البيئة : فيذهبون الى القول بأن الأمراض النفسية والعقلية ترجع
الى عوامل بيئية من بينها ما يلقاه الفرد منذ نعومه اظافره من فشل واحباط
وحرمان لاشباع حاجاته المادية والنفسية والاجتماعية وما يتعرض له من مواقف
الصراع الدامى والمنافسة الشديدة ، والقسوة والعنف والعقاب ، ويتركز هذا الاتجاه

(١) عبد الرحمن العيسوى ، الاسلام والعلاج النفسى ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٣ .

على خبرات - الطفولة المبكرة ، لأن جذور الشخصية الاولى توضع خلال هذه الفترة .

ويرى اصحاب هذا الاتجاه ايضا : أن لأسلوب معاملة الاسرة دورا كبيرا في مدى تمتعه بالصحة النفسية والعقلية والتكيف النفسى . . Psychology adjustment او اصابته بالامراض والعقد .

وتؤكد العديد من البحوث الميدانية الكثيرة ان الطفل اذا تعرض للنبت والطرد وعدم القبول من قبل الآباء واذا تلقى مزيدا من القسوة والعنف والصد والزجر فى المعاملة ، واذا تعرض إلى الاهمال والحرمان من العطف والحب والدفء والحنان ، شب مريضا نفسيا او عقليا .

الاتجاه المتعدد العوامل فى تفسير الامراض النفسية :

من الملاحظ ان كلا الاتجاهين اللذان يركزان على الوراثة والبيئة يجنحان الى المغالاة لان المرض النفسى ينشأ نتيجة تضافر مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية والوراثية او الكيميائية او الخبرات الشخصية ويلزم فترة من الامتداد الزمنى فى عمر الانسان بحيث يتعرض للضغوط Stress وتظل قواه الطبيعية تقاوم هذه الضغوط على امتداد زمنى بعيد قايما ان تتجح قواها المقاومة عنده فى صدد هذا الهجوم واما ان يتهار ويحدث للمرض النفسى .

تعقيب وجهة نظر:

يرى المؤلف أن الأسباب التى تؤدي للإصابة بالمرض النفسى تشمل الجوانب الوراثة والجوانب الشخصية (المتعلقة بشخص المريض) والجوانب

البيئية وغيرها من هذه العوامل كما ان الدولة قد تلعب دورا هاما في الاصابة بالمرض النفسى فى حالة تسببها فى حدوث الازمات أو الحروب أو عدم توفيرها فرص العمل المشروعة للشباب أو أسلوب القيادة فيها اذا كان يتسم بالديكتاتورية والتحكم والسيطرة ، وكل هذه العوامل تتضافر وتحدث المرض النفسى .

واذا كان التحكم فى العوامل الوراثية يمثل صعوبة كبيرة ، فان العوامل البيئية هى التى يمكن تعديلها وتغييرها الى الافضل ، ففى كثير من الاحيان يمكن ان تتوافر العوامل الوراثية لدى الشخص من الأب أو الأم ولايؤدى ذلك لحدوث المرض لأن الأسرة والبيئة المحيطة كانتا تحاولان أن تتشبع أبناءها بتنشئة اجتماعية سليمة حتى تجنبهم الكثير من المشاكل والاحباط والصراع مما يؤدى الى الاصابة بالمرض النفسى .

لذلك فانه على العلماء والباحثين القيام بدور كبير فى توعية الاسرة بالاساليب الصحيحة لتنشئة الأبناء وتربيتهم . ومما هو جديد بالذكر أن الاسلام قد كان له فضل السبق فى لفت الانتظار لهذه النقطة خاصة فى السنوات الاولى من حياة الطفل ، ويتضح ذلك من احاديث رسول الله صلى الله عليه وسلم وكذلك من القرآن الكريم .

انواع الامراض النفسية (انواع العصاب) . Neurosis .

حتى الان لا يوجد اتفاق بين العلماء على تصنيف الامراض النفسية فى انماط مختلفة ، الا ان التصنيفات التى تقدم فانما تقدم بغرض الدراسة وهى بعض الامراض فى ميدان الطب النفسى ، ومن أهم هذه الامراض ما يلى :

١ - عصاب القلق .

- ٢ - الهستيريا .
 - ٣ - الشعور بالضعف والوهن والاجهاد بشكل مرضى (النيووراستينيا) .
 - ٤ - الاعمال القسرية والوساوس .
 - ٥ - الاكتئاب .
 - ٦ - العصاب الموقفي والتفاعلى .
- وفيما يلى عرضا لكل منها مع توضيح لاسبابها واعراضها وطرق علاجها :

أولا : عصاب القلق Anxiety neurosis

يعرف القلق بأنه " شعور عام غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب ببعض الاحساسات الجسمية ويأتى فى شكل نوبات تتكرر فى نفس الفرد " (١).

وقد قسم علماء الطب النفسى القلق الى نوعين :

(أ) القلق العادى او السوى .

(ب) القلق المرضى .

أولا : القلق العادى او السوى : Normal anxiety

" وهذا النوع من القلق لا ينجو منه اى انسان فى مواقف الحياة المختلفة ويتعرض له الناس بدرجات مختلفة ومن أمثلة ذلك الطالب الذى يوشك أن يدخل الامتحان او يسعى للاطلاع على نتيجته ، والرياضى الذى يتهيأ للمنافسة فى حلبات الألعاب الرياضية ، والموظف الذى يواجه تهديدا لاستقراره وأمنه فى كسب رزقه ، والإنسان الذى يفقد واحدا من إقاربه أو أحبائه ، وهذا كلها مواقف

(١) احمد عكاشه ، الطب النفسى المعاصر ، مكتبة الانجلر المصرية ، القاهرة ، ١٩٨٨ ، ص ٣٧ .

متجددة في حياة الناس حيث يكدون ويكافحون في هذه الدنيا التي لا تخلو من الصراع " (١) . ويعتبر القلق هنا عامل مشجع للفرد على التحرك لمواجهة الخطر الذي قد يهدد مستقبله .

وتعد هذه المواقف من القلق أمورا طبيعية ولا تدل على وجود أي نمط من أنماط المرض النفسي لأنها تزول بزوال المؤثر ، ويعود الإنسان بعدها إلى حالته الطبيعية التي كان عليها من قبل بل ربما يشعر أنه أفضل حالا عن ذي قبل .

ثانيا : القلق المرضي او غير العادي :

وهو ذلك النوع من القلق الذي يصيب الناس دون سبب وجيه أو داع واضح ، وقد ينتهي في آخر المطاف الى عجز بالغ يعوق ضحاياهم عن النهوض بأعباء الحياة ومسئولياتها الطبيعية " (٢) ولا يزول هذا النوع بزوال المؤثر بل يظل الفرد يعاني منه ولا يعرف السبب الذي أدى به للشعور بهذا القلق .

وقد قسم العلماء أعراض القلق المرضي إلى عدة أنواع نلخصها فيما يلي: (٣)

أ - الاعراض النفسية :

١ - الشعور بالتوتر العام وسرعة الانفعال .

٢ - المخاوف العامة غير المحددة .

(١) دافيد . ف . شهبان ، ترجمة عزت شعلان ، مرض القلق ، عالم المعرفة ، المجلس الوطني للثقافة

والفنون والاداب ، الكويت ، ابريل ، ١٩٨٨ ، ص ٥ .

(٢) المرجع السابق ، ص ٦ .

(٣) انظر كلا من :

- مصطفى فهمي ، علم النفس الاكلينيكي ، مرجع سبق ذكره .

- عمر شاهين ، يحيى الرخاوي ، مبادئ الامراض النفسية ، مرجع سبق ذكره ،

ص ص ١٣٦ - ١٣٧ .

- عبد الروؤف ثابت ، الطب النفسي المبسط ، دار النهضة العربية ، القاهرة ،

١٩٦٥ .

- ٣ - توقع الأذى والمصائب .
- ٤ - ضعف القدرة على التركيز .
- ٥ - عدم الثقة والطمأنينة .
- ٦ - ضعف القدرة على العمل والانتاج .
- ٧ - زيادة الحساسية فيصبح شعور المريض مرهقا .
- ٨ - الأرق واضطراب النوم الذى يتخلله الاحلام المزعجة والكوابيس .

(ب) الأعراض الجسمية :

من المعروف أن الاستجابة للخوف توجب تفاعلات معروفة فى الجسم ، وتظهر الاعراض الجسمية فى أى جهاز من أجهزة الجسم وتكون نتيجة لاضطراب الجهاز العصبى الذاتى Autonomic nervous system ويمكن إيجاز هذه الاعراض فيما يلى :

- ١ - اتساع حدقة العين وارتفاع الخواص مع شدة الحساسية للصوت أو الضوء .
- ٢ - زيادة سرعة ضربات القلب .
- ٣ - الاحساس بالاختناق والضغط على الرأس .
- ٤ - ارتفاع ضغط الدم واصفرار الوجه وجفاف الفم والخلق .
- ٥ - اضطراب النوم والصداع وفقدان الشهية .
- ٦ - زيادة إفراز العرق وخاصة من اليدين والقدمين والرعدة مع تصلب العضلات وتكرار التبول .
- ٧ - الإمساك أو الإسهال أحيانا .

أسباب القلق :

اختلفت وجهات النظر في تفسير أسباب القلق ، فبينما نجد فرويد يفسر مسببات القلق هو وأتباعه بأنها وثيقة الصلة بأساليب ممارسة المريض للفسائل الجنسية وسلوكه ازاءها وكل ما يتصل بالنواحي الجنسية نجد اخرون يفتندون آراء فرويد قائلين بأن القلق النفسى لا تقتصر أسبابه على ما يعترى الانفعال الجنسي من الحرمان وعدم الاشباع بل إن أى اضطراب يؤثر فى أى ناحية انفعالية أخرى يمكن أن يسبب القلق كصعوبات الحياة المادية والمشاكل الاسرية والصدمات وحالات اليأس التى تعقب الفشل . (١)

وذهب آخرون الى أن القلق يحدث اكثر عقب المنغصات طويلة المدى التى تنشأ بين الأزواج أو الشركاء فى العمل . (٢)

وقسم فريق ثالث أسباب القلق إلى ما يلى : (٣)

- ١ - الوراثة : فكثيرا ما يصاب أبناء الذين يعانون من القلق به .
- ٢ - اضطراب الجو الاسرى وتفكك الاسرة والتهديد بالانفصال ينشئ الأطفال مهينين للإصابة بالقلق .
- ٣ - الصراع النفسى : ويعنى الصراع تنازع رغبتين أو دافعين واصطدامهما فيحس المريض بالحيرة التى تولد التوتر وعدم الاستقرار (القلق)
- ٤ - أسباب مرسبة : مثل توقع خيبة الأمل أو صعوبات العمل أو فقدان عزيز أو اضطراب العلاقة بالجنس الآخر أو أى صدمة نفسية أخرى .
- ٥ - اسباب عضوية كالإصابة بالحمى أو غيرها .

(١) محمد ابر العلا احمد ، علم النفس ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٢٩٨ - ٢٩٩ .

(٢) عبد الرووف ثابت ، الطب النفسى المبسط ، مرجع سبق ذكره ، ص ٤٣ .

(٣) عمر شاهين ، يحيى الرخاوى ، مبادئ الامراض النفسية ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٣٥ .

ويرى فريق رابع أن من أهم الأسباب التي تؤدي للقلق ما يلي : (١)

(أ) شعور الإنسان بالوحدة والضيق والفراغ الروحي وعدم الانتماء الى الله.

(ب) اليأس والاحباط والحسد والغضب وهي مشاعر هدامة تتصل بالقلق .

(ج) تحميل النفس مالا تطيق من الأعمال والمسئوليات مما يؤدي الى عدم قدرتها على اداء هذه الاعمال فتصاب بالقلق .

وعموماً فإن كل الأسباب التي ذكرت للقلق تتفاعل مع بعضها وتسبب الاصابة بالقلق لان كل فريق من العلماء يركز على ما يتعلق بزاوية تخصصه الا ان النظرة الشمولية تحتم النظر إلى الأمور من منظور متكامل حتى نتبين الحقيقة وبالتالي يمكن تقديم العلاج المناسب .

علاج القلق :

إن أهم ما يتخذ تمهيدا للعلاج هو أخذ تاريخ مطول عن حياة المريض ويسأل عن وقت ظهور الأعراض وما صادف المريض من حوادث في ذلك الوقت ، ويبحث عن مظاهر القلق أيام الطفولة وعلاقة المريض بوالديه وإخوته وزملائه وكذلك يتم التعرف على علاقته بزوجته وأبنائه ، ونوع العمل الذي يقوم به ومدى تكيفه فيه ، ومن هنا يمكن اكتشاف أصل العلة بتقويم وتصنيف شخصية المريض . (٢)

ويمكن ان يتم العلاج من القلق من خلال ثلاثة محاور : (٣)

(١) زهير احمد السباعي ، القلق مرض العصر : كيف نعالجه بالقرآن ؟ مجلة النفس مطمئنة ، الجمعية

العالمية الاسلامية للصحة النفسية ، السنة السادسة ، العدد ٢٢ ، ابريل ١٩٩٠ ، ص ٤ - ٥ .

(٢) عبد الرؤوف ثابت ، الطب النفسي المبسط ، مرجع سبق ذكره ، ص ٤٥ .

(٣) عمر شاهين ، يحيى الرخاوي ، مبادئ الامراض النفسية ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٤٠ .

المحور الاول : العلاج النفسى :

ويهدف الى تطوير شخصية المريض حتى يصبح اكثر تكيفاً ، وهو أهم أنواع العلاج فى هذا المرض ويشمل الايحاء والجلث والتوضيح ، وقد تلجأ الى العلاج السلوكى بتغيير عادات المريض .

المحور الثانى : العلاج الاجتماعى :

ويتركز فى تكيف حالة المنزل والعمل حتى نخفف عن كاهل المريض بعض أعبائه التى تزيد من حالته

المحور الثالث : العلاج العضوى :

وذلك بالعقاقير المهدئة وكذلك علاج الاعراض المصاحبة كفقدان الشهية وغيرها وعلينا أن نراعى ألا يكون هذا العلاج أساسياً أو وحيداً وإلا تعرض المريض لإدمان تلك العقاقير ، ونستعمل هذه الحالة المهدئات الخفيفة عادة .

وتنادى بعض وجهات النظر بضرورة العودة الى العلاج الطبى الاسلامى للأمراض النفسية ، وقد استتبط البعض علاجاً للقلق من القرآن الكريم والسنة الشريفة ، من خلال تلاوة القرآن عن وعى وإدراك وبالصلاة التى تستغرق العقل والوجدان وبذكر الله الذى يتجه فيه الانسان بقلبه وجوارحه الى مولاه ، وعن طريق ذلك يتوافر للانسان كل مقومات العلاج الروحى وتتغنى الوحدة التى يشعر بها الفرد ويكون متصلاً بالله اتصالاً مباشراً يفضى إليه بذات نفسه ويسأله ان يتولاه برحمته، وينتفى الضياع والفراغ الروحى ويتحقق الانتماء للقوى الاعلى .

ومن أساليب العلاج الإسلامى للقلق ما يلى : (١)

١ - الصلاة :

وهى تستغرق العقل والشعور والوجدان ، وهى علاج روحى يوفر للمؤمن سكينه النفس وطمأنينتها وقد كان النبى صلى الله عليه وسلم اذا حز به أمر صلى وكان يقول لمؤذنه بلال (ارحنا بها يا بلال) وكان صلى الله عليه وسلم يقول (جعلت قره عينى فى الصلاة) والصلاة التى يؤدونها الانسان فى خشوع تعطيه الطاقة الروحية والصلة بالله والاحساس بالطمأنينة وتذهب عنه القلق والمخاوف ويشره الله عز وجل بالفلاح فيزداد بشرا وسعادة ، وفى ذلك يقول عز وجل : " قد أفلح المؤمنون الذين هم فى صلاتهم خاشعون ، والذين هم عن اللغو معرضون ، والذين هم للزكاة فاعلون " (٢)

٢ - ذكر الله :

ذكر الله اثناء الصلاة وما بين الصلوات وفى كل وقت يبعث فى النفس احساسا بالاتصال بالله والانتماء اليه والتوكل عليه يقى الانسان من الوحدة والضاع والعزلة .

ويقول الحق سبحانه : والذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله ، ألا بذكر الله تطمئن القلوب " (٣) ويقول صلى الله عليه وسلم فى الحديث الذى يرويه أبو هريرة وأبو سعيد رضى الله عنهما " لا يقعد قوم يذكرون الله عز وجل إلا حفتهم الملائكة وغشيتهم الرحمة ونزلت عليهم السكينة وذكرهم الله فيمن عنده " (٢٨) رواه مسلم .

(١) زهير احمد السباعى ، القلق مرض العصر : كيف نعالجه بالقرآن ؟ مرجع سبق ذكره ، ص ٤ .

(٢) سورة المؤمنون ، الايات من ١ - ٤ .

(٣) سورة الرعد ، الآية ٢٨ .

٣ - تلاوة القرآن :

تلاوة القرآن تبعث في النفس السكينة والأمن والهدوء وتؤدي إلى الشفاء بإذن الله ، فهذا عمر بن الخطاب رضي الله عنه أسلم بعد أن سمع آيات من القرآن الكريم من سورة طه تتلى عليه ويتحقق ذلك عند توافر الوجل والخوف والخشوع لله .

وقد وصف الحق سبحانه وتعالى كتابه الكريم قائلا " قل هو للذين آمنوا هدى وشفاء " (١) .

ويقول أيضا : " يا أيها الناس قد جاءكم موعظة من ربكم وشفاء لما في الصدور وهدى ورحمة للمؤمنين " (٢) .

ويقول تعالى : " وتنزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين " (٣) .

كما يعالج القرآن الكريم هموم الناس التي تتصل بالقلق مثل مشاعر اليأس والاحباط والحسد والغضب ويعلمنا ألا نستسلم لعقدة الاحساس بالذنب ، فهو إحساس اذا تجاوز حده يتقل كاهل الانسان بالقلق والهم (وإنى لغفار لمن تاب وآمن وعمل صالحا ثم اهتدى) (٤) . . كما يعلمنا القرآن أن نكون ايجابيين في حياتنا وألا نتسم بالسلبية ، ويعلمنا القرآن ألا نتحاسد فالحسد يورث اضطراب النفس ويذهب عنها طمأنينتها " قل أعوذ برب الفلق ، من شر ما خلق ، ومن شر غاسق اذا وقب ، ومن شر النفاثات في العقد ، ومن شر حاسد اذا حسد " (٥) .

(١) واخرجه الترمذي .

(٢) سورة لصلت ، الآية ٤٤ .

(٣) سورة يونس ، الآية ٥٧ .

(٤) سورة الاسراء ، الآية ٨٢ .

(٥) سورة طه ، الآية ٨٢ .

كل ذلك قليل من كثير يذخر به كتاب الله عز وجل ليس لعلاج القلق أو غيره من الأمراض النفسية فحسب ، بل للوقاية أولا من هذه الأمراض ^(١) . ولذلك يؤيد الباحث فكرة وجود داعية على درجة عالية من الثقافة الإسلامية وعلوم القرآن والسنة ليعمل ضمن فريق العلاج بالعيادات النفسية .

ثانيا : الهستيريا :

" تعد الهستيريا مظهرا من مظاهر التكيف الناقص أو الفشل في مواجهة الحياة الواقعية والتعبير عن الحيرة والارتباك إزاء المواقف التي يجتمل الشخص مواجهتها ، فبدلا من أن يتقدم ليحاول التغلب على صعوبتها فإنه يلجأ للسلوك الهستيرى كحيلة دفاعية لاشعورية تجعله ينسحب ويتراجع ويحجم عن تحمل المسؤولية ويفقد القدرة على توجيه سلوكه ، ويضع نفسه في موقف يتطلب استدراج العطف عليه ومعاونة الغير لحل مشكلته ^(٢) وتظهر اعراض الهستيريا دون وعى من المريض ودون ان يدري كيف حدث ذلك ، ولماذا ؟ ^(٣)

" والهستيريا مرض نفسى يتحول فيه الانفعالات المزمنة إلى أعراض جسمية ليس لها أساس عضوى بهدف تحقيق نفع للمريض أو هروبا من الصراع النفسى أو من القلق الشديد غير المحتمل أو من موقف مؤلم دون ان يدرك المريض بواقع ذلك " ^(٤) .

(١) سورة القلق .

(٢) محمد ابو العلا احمد ، علم النفس ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٩٢ .

(٣) عمر شاهين ، بحى الرخاوى ، مرجع سبق ذكره .

(٤) عبد الروؤف ثابت ، الطب النفسى المبسط ، مرجع سبق ذكره ، ص ٤٧ .

أعراضها :

تختلف وجهات النظر فى تقسيمها لأعراض الهستيريا ، وفيما يلى توضيحاً لأهمها :

وجهة النظر الاولى : (١)

وتقسمتها الى : (أ) الاعراض العضوية .

(ب) الاعراض النفسية .

فبالنسبة للأعراض العضوية فتشمل :

- ١ - فقدان الإحساس بالجزء المصاب كاليد أو الوجه أو اللسان أو العين أو عضو أو أكثر من هذه الاعضاء .
- ٢ - عدم قدرة العضو المصاب على أداء وظيفته .

أما الأعراض النفسية فتتمثل فى :

- ١ - هدوء نفسى من جانب المريض حيث لا يكون مضطرباً ولا يظهر عليه ما ينم على خطورة الحالة المصاب بها لأن العرض الهستيرى يزول القلق الناتج عن الصراع بطريقة جزئية (ولو أنها مرضية) .
- ٢ - قد يهيم المريض على وجهه مسافراً إلى بلد آخر غير بلده ، وفى هذه الحالة يفقد المريض شخصيته الأصلية ويكتسب أخرى مشابهة أو مغايرة لها تماماً ، ثم يعود الى حالته الاولى ويرجع مرة أخرى لأهله .
- ٣ - قد يصاحب الهستيريا تشنجات تشابه الى حد كبير نوبات مرض الصرع إلا أن الصرع مرض عضوى عصبى وهذه التشنجات أعراض نفسية ، وفيها نجد المريض يقع على الارض فى سهولة ولا يرد على من حوله

(١) عمر شاهين ، يحيى الرخاوى ، مبادئ الامراض النفسية ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ١٤٣-١٤٤ .

ولكنه فى الواقع يظل واعياً لكل ما يحدث حوله ، وغالباً ما تكون هذه النوبات حينما يكون مع الناس .

وجهة النظر الثانية :

وتقسم اعراض الهستيريا الى :

أ - مظاهر حركية :

كالرعشة والتشنجات والتقلصات والمشى بطريقة شاذة ، واللوازم الحركية، وتسمى هذه جميعاً مظاهر حركية ايجابية . وهناك مظاهر حركية سلبية: كالشلل والبكم وفيها تقل الحركة أو تنعدم .

ب - مظاهر حسية :

مثل زيادة الاحساس او قلته او فقده ، وذلك كالعمى والصمم او ضعف البصر او زيادة حدتهما ، وغيرها .

ج - مظاهر حشوية :

مثل فقد الشهية والشره والافراط فى الشرب والقئ ونوبات الفواق (الزغطة) وغيرها .

د - مظاهر أخرى :

مثل التهاب الجلد الزائف (وهو مرض يتصف بأن المريض يحدث فى جلده خدوشا دون وعى منه ويحدث ذلك عادة اثناء النوم) . وكل هذه المظاهر يمكن أن نميزها عن شبيهاتها من الاضطرابات العضوية .

(هـ) مظاهر عقلية وتشمل :

- ١ - فقدان الذاكرة . . Amnesia : وتحدث عادة في فجوات ، فينسى المريض الحوادث المؤلمة او التي لو ظهرت لشوهت صورة ذاته أمام نفسه أو أمام الآخرين .
- ٢ - التجوال Fugue : وهنا يترك المريض بيته أو عمله ويخرج على غير هدى في تجوال أو رحلة ثم يعود ولا يذكر عن هذه الرحلة شيئاً وهذا العرض يحدث في كثير من الامراض الاخرى مثل الاكتئاب والفصام المبكر .
- ٣ - المشي اثناء النوم Somnambulism : وهنا يسير المريض اثناء نومه وغالبا ما تحدث هذه الحالة في سن الطفولة ، وتختلف هذه الحالة عن التجوال في انها تحدث اثناء النوم ولفترة قصيرة ، ويكون المريض على علاقة ضعيفة بما حوله .

وجهة النظر الثالثة :

وتقسم الهستيريا إلى ما يلي : (١)

- (أ) النوبات الهستيرية : وتحدث هذه النوبات في صورة انفجار شديد ، ويكون المريض في اثنائه غير قادر على ضبط نفسه او التحكم في انفعالاته وتوجيهها ، كنوبات الحزن العميق او نوبات الضحك او البكاء او الصياح بدون سبب ظاهر ، وتكثر هذه النوبات في حالة الاخبار المفاجئة غير المتوقعة خصوصاً اذا كانت مسبقة بحالات من الضيق والكبت والحرمان .

(ب) الهستيريا القلقية او الحصرية : وهى الحالات الهستيرية التى لا تظهر فيها النزعات المكبوتة فى صورة تفريغ انفعالى كما فى النوبات السابقة ، والتى لا تعبر عن نفسها بطريق التحويل إلى اعراض جسمية كما سيأتى بعد ، ولكن الاعراض تستبدل وتتمثل فيما يساور المريض من مخاوف مقلقة وانزعاج فكرى ، فتبقى العوامل اللاشعورية فعالة فى نفسه وتسبب له الوسوس والمخاوف الوهمية المقلقة والاحلام المزعجة كالخوف من الظلام أو الأماكن المقلقة أو الخوف من بعض الامراض والادوية ، وقد تتسلط على المريض فكرة وهمية تنغص حياته بما يؤدى الى الهستيريا التسلطية .

(ج) الهستيريا التحويلية . . . Gonversion Hysteria

وتتحول فيها الاضطرابات الانفعالية الى مسالك جسمية ، ويتسم المصابين بها بالهدوء لتحول الطاقة الانفعالية عندهم الى الناحية العضوية التى ظهر بها المرض ، ومن امثلة ذلك حالات اضطراب الحواس كالسمع والبصر ، ولا تتخذ هذه الاضطرابات صورة دائمة كالمرض الجسمى ، اذ انها تؤدى وظائف مؤقتة للمريض .

ومن الملاحظ ان كل وجهات النظر التى سبق عرضها لا يوجد اختلاف بينها ، بل هى فى جوهرها واحدة .

ويتسم مرضى الهستيريا ببعض الصفات التالية : (١)

- ١ - يتسم الاشخاص المصابون بالهستيريا بشدة قابليتهم للايحاء والاستهواء وتقبل آراء الغير بدون نقد أو تمحيص وسهولة الانقياد .

- ٢ - شدة الحساسية الانفعالية وسهولة استثارتهم ، وعدم الإتران الانفعالي .
- ٣ - الميل للتهويل والتمثيل والمبالغة ، ويبدو ذلك بوضوح أثناء النوبات الهستيرية لأنها تساعد على الغرض الاساسى من الهستيريا وهو الحصول على عطف الآخرين وطلب معونتهم .
- ٤ - عدم الاعتماد على النفس لعدم نضج وتكامل الشخصية .

أسباب الاصابة بالهستيريا :

- ١ - تتعدد الاسباب التى تؤدى الى الاصابة بالهستيريا وفيما يلى اهمها: (١)
الوراثة : لوحظ ان ٦٪ من اخوة المرضى ، وكذا ١٥٪ من ابنائهم مصابون بنفس المرض ، وقد يعزى هذا الى الوراثة كما قد يعزى الى الإيحاء البيئى والميل للتقليد .
- ٢ - عادة ما يكون المريض ذو تكوين عضلى نحيف ، ويمكن أن يحدث بين أى تكوين جسمى اخر .
- ٣ - تغلب الاصابة بالمرض بين الاشخاص ضعيفى الذكاء قليلى الحيلة .
- ٤ - شخصية المريض قبل المرض : تتصف عادة بميله الى حب الظهور ، واستدرار العطف وحب الذات وحب التملك ، كما يتصف المريض عادة بالمبالغة والتهويل .
- ٥ - أسباب مرسبة : كثارة الصراع بين الرغبات الغريزية و ارادة الضمير بموقف مثير لهذه الغرائز او بين دافع اعتبار الذات (المحافظة على الكرامة) ، والرغبة فى الاستكانة ، وقد يكون السبب المرسب هو الحرمان من نيل مطلب عزيز، او قد يكون سببا عضويا كالاصابة فى حادث .

(١) عمر شاهين ، يحيى الرخاوى ، مبادئ الامراض النفسية ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ١٤١-١٤٢ .

علاج الهستيريا :

لاشك ان علاج الهستيريا يختلف من ممارس الى ممارس آخر ، ويتوقف نجاح العلاج على قدرة المعالجين على فهم الدوافع والاسباب التي أدت الى الاصابة بها ، ويمكن ان تعالج الهستيريا بأنواعها بما يلي :^(١)

- ١ - العلاج النفسى : وهو أهم انواع العلاج وينبغى ان ندرك أن الايحاء قد يزيل العرض ولكنه لا يغير طريقة التفاعل لصعوبات الحياة ، ولذلك يلزم ان يكون العلاج اعمق وأبعد هدفا ، اى يجب ان يهدف الى تطوير شخصية المريض حتى يستطيع أن يقابل صعوبات الحياة دون الهرب منها بالتعلل بالمرض ، ويكون بوسائل مختلفة من اهمها العلاج السلوكى .
- ٢ - العلاج الاجتماعى : ويتجه الى تعديل جو البيئة بما فيه من اخطاء او ما يفرضه من ضغوط على المريض وبذلك يتمكن المريض من التغلب على العقبات بطريقة اقرب الى الواقع .

ويقترح المؤلف بعض اساليب العلاج التي يعتقد انها تفيد فى علاج الهستيريا . ومن أهم هذه الاساليب ما يلي :

١ - اسلوب الاستبصار Insight self - Awareness

وهو أحد وسائل العلاج النفسى ويقصد بالاستبصار مساعدة المريض على فهم ذاته والتعرف على الأسباب الذاتية فى الاصابة بالهستيريا والتي كانت خافية عنه من قبل ، كما أنه حالة من الفهم او الاشراف التلقائى يدرك المريض عندها حقيقة ذاته وما بها من اضطراب وما وراء هذا الاضطراب من اسباب ، او بمعنى

(١) المرجع السابق ، ص ١٥٠ .

آخر يصل الى حالة من الوعي يدرك فيها حقيقة نفسه والاسباب التي ادت به الى هذه الحالة .

ولكى يتم الاستبصار يجب على المعالج أن يقوم بالخطوات التالية :

(أ) الاستدعاء : وهو العملية التي يتم بها مساعدة المريض النفسى على تذكر واسترجاع الخبرات السابقة الكامنة فى منطقتى الشعور وشبه الشعور لكي تشاهد الذات ما يحتويه الذهن من خبرات ومشاعر وهذه العملية تعتمد على التداعى الحر والتأمل الذاتى والتذكر دون مقاطعة لتيار تفكيره او توالى خواطره حتى تستدعى واضحة دون تحريف :

أما التوغل فى منطقة اللاشعور او ما يعرف بعملية الاستبطان فتعبر من خلال استخدام طريقة " التداعى الحر او الطليق " ويقوم بها الطبيب النفسى او الاخصائى النفسى ، وهى ليست من اختصاص الاخصائى الاجتماعى لانه غير مدرب عليها . (١)

والاستدعاء هو خطوة أولى يجب الا يقوم الاخصائى الاجتماعى بها الا بعد أن تتوطد العلاقة بينه وبين المريض النفسى لأن المريض قد يقاومها خاصة ما يتعلق بالمعلومات الحساسة بالنسبة له مما يعوق التوصل للخطوات التالية .

(ب) التفسير : وهو الخطوة التى تلى الاستدعاء ، ويهدف الى الترجمة العملية لهذه الخبرات وتفسير اثارها على السلوك الحالى ، ولكى يقوم الاخصائى الاجتماعى بهذه الخطوة عليه ان يتخير الطريقة المناسبة لكي ينع المريض به وبالاسلوب المناسب ، والاستدعاء يشمل :

(١) محمد شريف صفر ، وآخرون ، خدمة الفرد بين النظرية والتطبيق ، مذكرات غير منشورة ،

١ - ربط منطقي لعلاقة الخبرات السابقة بالسلوك الحالي بفرض جليل المريض بها.

٢ - تصحيح افكار المريض الخاطئة عن طبيعة هذا السلوك . :

(ج) تكوين البصيرة : وهو النتيجة النهائية للعمليات السابقتين ، فهي تتمو تلقائيا لتعديل اتجاهاته بعد ان إستبصر بانها خاطئة .

٢ - اسلوب التوضيح : Clarification

اذا كان الاستبصار يعنى مساعدة المريض على فهم النواحي المتعلقة بذاته ، فان التوضيح يعنى مساعدة المريض النفسى على فهم الجوانب المتداخلة فى الموقف والخارجية عن ذاته ، والتي تتصل بموقف الغير تجاهه او بمعنى اخر توضيح ما يرتبط بالنواحي البيئية المحيطة به .

وقد يصاحب عملية التوضيح عمليات اخرى مثل التفسير والشرح ، فعلى سبيل المثال قد نقدر للمريض ان سبب سوء معاملة زوجة الاب له إنما قد ترجع الى عصبيتها الزائدة او الى حرمانها منذ الصغر من عطف الامومة وارتباطها بخبرة سيئة من زوجة ابيها أما الشرح فهو تبسيط الامور بطريقة يستطيع المريض فهمها كأن نوضح له باملوب مبسط فوائد انتظامه من التردد على العيادة النفسية او اقباله على ممارسة الانشطة المختلفة .

ثالثا : النيوستينيا . . . Neurasthenia

وهو مرض نفسى يطلق عليه علماء النفس اسماء مختلفة اهمها الشعور بالانهالك او الضعف النفسى او الوهن النفسى او الاعياء النفسى او التعب النفسى .

" ان اول من اطلق اصطلاح النيوراستينيا على مجموعة الاعراض المرضية التي يتضمنها هذا المرض هو (بيرو) وذلك عام ١٨٨٠ ، وكان يعتقد ان هذا المرض ينتج من الاجهاد الناتج عن وقوع الشخص في صراع لفترة طويلة من الزمن يستبد به ، فتتأثر بذلك اعصابه بسبب التغيرات الكيماوية التي تحدث في الكائن الحي وتصيب اول ما تصيب الجهاز العصبي (١) .

وقد اكدت الابحاث بعد ذلك بأن هذا المرض لا يكون لاصابة الخلايا العصبية ولا ينجم عن مرض يصيب عضوا من اعضاء الجسد او ضعفا ينال عضبا من اعضاء البدن كالتعب العادي الذي نألفه لدى الاصحاء. والدليل على ذلك أن المريض المجهد نتيجة لهذا المرض ليشعر بالاجهاد عند مزاولته لاسر الاعمال التي تدوم اكثر من دقائق ويتعذر عليه مواصلة العمل ، ولو توفرت له راحة جسدية طويلة ما أغنى ذلك شيئا (٢)

وقد كان هذا المرض يدا " على كثير من امراض العضاب ، لدرجة ان كثيرا من الباحثين يعتبرون النير ستينيا عرضا من الامراض النفسية الاخرى كالهستيريا او مظاهرا لضغط الارادة في الفصام البسيط او نتيجة لتغير عضوى كنقص الفيتامينات او كاحدى مضاعفات الحمى مثل الانفلونزا ، وتظهر عادة في دور النقاهة ولكن هناك حالات قليلة يمكن أن تتصف بأعراض النيوراستينيا فقط دون دليل على وجود امراض اخرى مصاحبة وتسمى هذه بالنيوراستينيا الاولى (٣).

(١) مصطفى فهمي ، علم النفس الاكلينيكي ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٣٢ .

(٢) المرجع السابق ، نفس الصفحة .

(٣) عمر شاهين ، يحيى الرخاوي ، مبادئ الامراض النفسية ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٥١ .

شخصية المصاب بالنيوراستينيا

يكون المصاب بالنيوراستينيا محباً للانطواء والعزلة والفرار من مواجهة الأعباء ومستويات الحياة ويكتفى بانشغاله بمشاكله النفسية الداخلية الكثيرة ، ويكون هادئاً في مظهره من حيث قلة الحركة والكلام والعمل . (١)

الأعراض المصاحبة للاصابة بالنيوراستينيا :

هناك من قسم أعراضها الى : (٢)

(أ) أعراض اساسية مثل :

- ١ - ضعف عام وتعب وإعياء لأقل مجهود يبذل ، وكثيراً ما يبدأ هذا الشعور بالتعب بمجرد مغادرة المريض الفراش .
- ٢ - الشعور بالضيق والتبرم وعدم الرغبة في أداء أى عمل من الأعمال التى تسند اليه .
- ٣ - عدم القدرة على مواصلة التفكير في موضوع معين .
- ٤ - صعوبة التذكر والتركيز .
- ٥ - البلادة الزائدة وتوقع الانهيار في كل وقت .
- ٦ - الحساسية للضوء وللأصوات لدرجة ان دقائق المنبه في الخجرة تؤرقه .

الأعراض الثانوية :

- ١ - الأرق : وهو دون شك ناتج عن الصراع الذى يهدد حياة المريض النفسية .
- ٢ - صداع في الرأس يكون على شكل ضغط أحياناً .

(١) محمد ابو العلا احمد ، علم النفس ، مرجع سبق ذكره ، ص ٣٠٢ .

(٢) مصطفى فهمي ، المرجع السابق ، ص ٢٣٣ - ٢٤٤ .

- ٣ - توهم المرض لدرجة تجعل المصاب يعرض نفسه على كل الاختصاصيين في الأمراض البدنية .
- ٤ - يسيطر على المريض أحيانا فكرة الموت .
- ٥ - خوف المريض من المرض .

التفسيرات المختلفة لأسباب المرض :

- ١ - كان الاعتقاد السائد بين العلماء لفترة من الفترات أن الضعف العام للجهاز العصبي هو العامل الاساسي في حدوث المرض ، ولذلك كان العلاج يبنى على هذا الاعتقاد ويطلب من المريض أن يلازم الفراش من أجل الراحة وإبعاده عن مصادر الضوضاء والجلبة والأصوات كما استخدمت الكهرباء كوسيلة علاجية لتدليك الاعصاب ، وكان يوصي بأن يتناول المريض الغذاء المناسب الذي يحتوى على المواد العامة في بناء الجسم لتعويض الضعف العام . (١)
- ٢ - ثم اتجه العلماء لتفسير المرض تفسيراً عضوياً ، عبروا عنه بخطأ في التركيب العضوى لبعض الاعضاء وخاصة القلب والاعوية الدموية مما يجعلها لا تقوى على تحمل المجهود والصعاب . (٢)

أما فرويد وأتباعه فكانوا يفسرون الإصابة بالنيوراستينيا على أنها تحدث نتيجة للانفراط في العملية الجنسية لتصل الى حد انهك الجهاز العصبي ويؤدي ذلك الى الصراع النفسي القائم على الشعور بالخطيئة وتأنيب الضمير والرغبة في التخلص من هذه العادة مع القدرة على مقاومتها (٣) .

(١) مصطفى فهمي ، علم النفس الاكلينيكي ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٣٤ .

(٢) نفس المرجع السابق .

(٣) محمد ابو العلا احمد ، علم النفس ، مرجع سبق ذكره ، ٣٠٣ .

وهناك من يقول أن الشعور بالتعب والاجهاد بشكل مرضى إنما هو سلوك مكتسب ، يتعلمه الصغار من الكبار ، ذلك ان الكبار فى الاسرة يكونون دائمي الشكوى من أقل مجهود يبذلونه وبالتالي فمن المتوقع ان يقلدهم الصغار لان الطفل يرى ان الشكوى تكسبه بعض المزايا فتعفيه من العمل وبذل المجهود . (١)

وهناك تفسير آخر يعتبر الشعور بالاعياء والتعب دون بذل الجهد إنما يرجع الى ما يعانيه الفرد من قلق نفسى بسبب مواقف الاحباط المتكررة التى يتعرض لها . (٢)

علاج النيوراستينيا :

تتفق وجهات النظر فى ان علاج المرض يتركز فى النواحي التالية :

ينبغي ان يقوم العلاج على بحث المشكلات النفسية والاجتماعية للمريض ومحاولة تسويتها لتتسجم مع الحياة الشعورية ، وعلى محاولة اتمام الاعمال الناقصة المتعلقة فى ذهن المريض ، بحيث يقل الصراع النفسى الذى يشغله ، والعمل على كشف الاستعدادات والميول الخاصة للمريض لاشغال نفسه فيما يشبع هذه الميول ، والعمل على تغيير البيئة بما يتيح له فرصا جديدة لتوجيه نشاطه وطاقته فيما يتلاءم مع طبيعته ، وينظم حياته والعناية بالتربية البدنية وهنا يمكن للأخصائى الاجتماعى النفسى ان يقوم بالعدد من ادواره لتحقيق ذلك .

رابعا : الوسواس القهرى (الوسواس المتسلطة) Obsessions

" الوسواس هى افكار تتسلط على المريض ولا يستطيع ابعادها عنه بالرغم من علمه بأنها سخيفة وبلا معنى (٣) وتسيطر الوسواس على الشخص

(١) مصطفى فهمى ، علم النفس الاكلينيكي ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٢٤ - ٢٢٥ .

(٢) المرجع السابق ، ص ٢٣٥ .

(٣) عبد الرووف ثابت ، الطب النفسى المبسط ، مرجع سبق ذكره ، ص ٥٠ .

وترغمه على القيام بأعمال نمطية يتكرر حدوثها منه بدون إرادته وقهرا عنه بحيث يصبح سلوكه شاذا ومثارا للعجب والسخرية أحيانا ، وتأخذ هذه الوسواس صوراً مختلفة منها : (١)

١ - حالات التسلط الفكرى : كأن تسيطر على المريض فكرة القتل أو فكرة الانتحار ، أو التشكك فى الدين أو التفكير فى الغنى والفقر بشكل يشغل البال دائما ، أو التفكير تصور الظلم والاضطهاد .

٢ - الوسواس الحركية :

كأن يأتى المريض حركات نمطية متكررة بدون سبب ظاهر ، مثل كثرة غسل الأيدي وتكرار ذلك عدة مرات بدرجة شاذة ، وحركات هز الكتف والرقبة ، أو قذف كل قطعة من الطوب يصادفها الشخص فى الشارع وغير ذلك .

٣ - الوسواس الانفعالية :

والتي تبدو فى حالات المخاوف المتسلطة ، والحالات المتكررة كالشعور بالخجل من النفس ، والشعور بالذنب ، وكثرة تأنيب الضمير والشعور بالنقص بدون سبب ظاهر ، وحالات الغيرة الشديدة .

ومما سبق يمكن استخلاص الصفات التى تميز الوسواس القهرية :

- ١ - أنها تحدث قهرا عن الشخص ودون رغبته .
- ٢ - لا يستطيع المريض التحكم فيها ، فهى تحدث دون إرادته ويعلم أنها شاذة.
- ٣ - يتكرر حدوثها وتصبح طابعا مميزا لسلوك المريض .
- ٤ - لا يستطيع المريض تمييز أسبابها .

(١) محمد ابرو العلا احمد ، علم النفس ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٩٩ .

شخصية مرضى الوسواس القهرية

تقسم شخصية المصابين بهذا المرض بما يلي : (١)

- ١ - النظام والنظافة .
 - ٢ - الدقة والمحافظة على المواعيد .
 - ٣ - الضمير الحي والتمسك بالحق والتمتع بالاخلاق .
- ومما هو جدير بالذكر أنه قد توجد هذه الصفات فى أشخاص ولا يصابون بالمرض النفسى .

أسباب الاصابة بالمرض :

تتعدد هذه الاسباب ، وفيما يلى أهمها : (٢)

- ١ - الوراثة : فقد لوحظ أن آباء وأمهات بعض المرضى يشكون من الوسواس وقد يصاب بهذا المرض بعض إخوان أو أخوات المريض .
 - ٢ - التكوين الجسمى النحيف يغلب على مرضى هذا العصاب .
 - ٣ - أسباب بيئية مهيئة ، كفرض النظام الشديد أثناء طفولة المريض أو القسوة فى تربيته المنزلية أو المدرسية . . . الخ .
- وقد تكون الأسباب البيئية مرسية ، فيبدأ المرض عقب حادث أو الاصطدام بواقع الحياة .

العلاج من الوسواس :

يعتبر هذا العصاب من أقل الامراض النفسية تحسناً بالعلاج على اختلاف انواعه ، الا فى الحالات الدورية التى تكون بديلة للاكتئاب مثلاً ، او فى الحالات

(١) عبد الرؤوف ثابت ، الطب النفسى المبسط ، مرجع سبق ذكره ، ص ٥٠ .

(٢) عمر شاهين ، يحيى الزخاوى ، مبادئ الامراض النفسية ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ١٥٥-١٥٦ .

التي تكون الاعراض فيها مصاحبة لمرض اخر فانها تشفى بعلاج المرض الاصلى .

ويتخذ العلاج صوراً متعددة نلخصها فيما يلى : (١)

أولاً : العلاج العضوى :

١ - العلاج بالصدمات الكهربائية والتتويم الكهربائى لاسيما فى الحالات المصحوبة بالاكتئاب .

٢ - العلاج بالعقاقير المهدئة ، ويفيد فى تخفيف حدة التوتر المصاحب للوساوس والقهريه . وان لم ينجح فى القضاء على الفكرة الغريبة ذاتها ، وفى بداية ظهور الوسواس قد يستحب العلاج المكثف بمضادات الاكتئاب مع المهدئات العظيمة .

٣ - العلاج الجراحى : وذلك بقطع الفص الامامى فى المخ فى الحالات المستعصية التى تصل فيها الوسواس والقهري لدرجة يستحيل معها أى نشاط اخذ للانسان (كحالة وصلت لان تغسل الخبز بالماء والصابون ثم تأكله طبعاً حتى كادت تهلك هزالاً) .

ثانياً : العلاج النفسى :

ان العلاج بالتحليل النفسى طويل المدى قد يفيد فى هذا المرض كثيراً ، كما أن الشرح والتوضيح والايحاء قد يكون لهم دورهم - بالاضافة الى العلاج العضوى - فى ازالة التوتر المصاحب للوساوس والقهري . . . وان كانت النتائج التى استخدم فيها التحليل النفسى محدودة وطريقته صعبة لعدم إستجابة المرضى له .

(١) المرجع السابق ، ص ص ١٦٣ - ١٦٤ .

ثالثا : العلاج السلوكى :

وهو يفيد كثيرا فى ربط العرض بمؤثر منفرد حتى يزول .

رابعا : العلاج الاجتماعى :

وهو يتجه نحو ازالة مزيد من الصعوبات البيئية التى قد تزيد من التوتر للمريض وضيقه .

خامسا : عصاب الاكتئاب . . Depression Neurosis

يعد الاكتئاب من أكثر الامراض النفسية شيوعا بين مختلف الفئات والطبقات، وتزداد حدة الاصابة به فى مواقف الأزمات والصراع والاحباط التى يواجهها الناس باستمرار فى حياتهم .

والاكتئاب يعنى الشعور بالحزن والضيق والتوتر باستمرار .

الاعراض :

تشير العديد وجهات النظر إلى أن اعراض الاكتئاب تشمل الاتى :

- ١ - الحزن والضيق والتوتر .
- ٢ - الشعور بالاجهاد والارهاق لاقل مجهود .
- ٣ - التشاؤم والخوف من المستقبل .
- ٤ - الارق والاحلام المزعجة .
- ٥ - ارتفاع ضغط الدم .
- ٦ - نوبات بكاء مستمر .
- ٧ - الانطواء والعزلة .
- ٨ - فقدان الشهية .
- ٩ - عدم الرغبة فى القيام بأى عمل .

أسباب الإصابة بالاكتئاب :

هناك العديد من الاسباب التي ينتج عنها الاكتئاب ، ولعل من ابرز هذه الاسباب في الوقت المعاصر الظروف الاقتصادية الصعبة التي يعاني منها افراد المجتمع وزيادة معدل البطالة بين الشباب " .حيث تشير البيانات المتاحة الى ان عدد الخريجين الذين لم يحصلوا على عمل حتى عام ١٩٨٨/٨٧ يقدر بنصف مليون نسمة ، كما اكدت نتائج إحدى الدراسات التي اجريت للتعرف على المشكلات الفردية الناتجة عن البطالة لدى الشباب أن ٦٧,٨٩٪ من افراد العينة يشعرون بأعراض الاكتئاب ، حيث تؤدي البطالة الى الشعور بالكآبة والحزن الناتجين عن فقدان المكانة والاحباط المستمر المتولد عن الاخفاق في الحصول على عمل ، ولأن البطالة تؤدي الى التشاؤم والتقلب في المزاج ومشاعر الضيق دون معرفة السبب والشعور بالارهاق لاقل مجهود " . (١)

ولعل النسبة الباقية من افراد العينة وهي ٢٣,١١٪ لم يشعروا بأعراض الاكتئاب نظرا لاسباب متعددة قد يكون من بينها تقدير الاسرة لظروف المجتمع او عدم تأنيبها لأبنائها نتيجة اخفاقهم في الحصول على عمل مما يؤكد ان للأسرة دور في الوقاية من الإصابة بالمرض النفسي .

أنواع الاكتئاب (درجات الاكتئاب) :

(أ) الاكتئاب البسيط (غير الذهاني)

Simple Depression (No Psychosis)

" ويتميز المصابون به بانهم من النوع المجدنو النشاط ، فأمالهم وافكارهم عريضة وهم لهذا سريعوا الابتئاس ويصاب به الشخص في الحلقة

(١) عادل محمد موسى ، جوهر ، المشكلات الفردية الناتجة عن البطالة لدى عينة من الشباب خريجي

الجامعة وتصور مقترح لدرر خدمة الفرد في مواجهتها ، بحث منشور في المؤتمر العلمي الثالث

لكلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٩ - ١١ ديسمبر ١٩٨٩ ، ص ٥٩١ .

الرابعة او الخامسة من العمر حيث تكون الشخصية ناضجة ومشغولة بالكفاح من اجل الهدف المرموق " (١)

" ونادرا ما يأتى الاكتئاب البسيط فى شكل حزن ، وقد يكون اختلاف فى الشهية او عسر فى الهضم أو امساك او وجع فى الصدر او خفقان او اختلاف فى ضربات القلب او نهجان او سرعة الاجهاد او الصداع او خمول فى العملية الجنسية . . . الخ ، وقد يتحول الاكتئاب البسيط الى النوع الحاد ولكن الغالب ان يستمر بسيطا ، وقد يزول من تلقاء نفسه وقد يستمر لفترة طويلة مع المريض " (٢).

(ب) الاكتئاب الحاد : . . . Acute Depression

تتميز هذه الدرجة من الاكتئاب بما يلى : (٣)

- ١ - يظهر " ثلوث الاكتئاب بشكل واضح " .
- ٢ - يصبح المريض منعزلا لا يختلط بغيره .
- ٣ - يكساد المريض لا يتكلم اطلاقا ، فاذا تكلم فان إستجابته تكون متأخرة وبطيئة .
- ٤ - تزداد الشكاوى المرضية العضوية بشكل ملحوظ ويميل اغلبها الى الهمود .
- ٥ - يصعب عليه معرفة الزمان والمكان والأشخاص لعدم اكترائه بشيء وقصور انتباهه .

(١) عبد الرؤوف ثابت ، الطب النفسى المبسط ، مرجع سبق ذكره ، ص ٨٩.

(٢) المرجع السابق ، ص ص ٨٩ - ٩٠ .

(٣) عمر شاهين ، يحيى الرخاوى مبادئ الامراض النفسية ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٢٣٤ -

- ٦ - قد يصاحب كل ذلك هلاوس وضلالات تدور حول الشعور بالذنب واتهام النفس ..
- ٧ - قد تكون له بداية حادة بلا مبرر ظاهر في العادة ويصاحبها شعور وخبرة بتغير الذات Depersonalisation Experience وتغير العالم من حوله: (وهي شاعر وخبرات أكثر منها أفكار واعتقادات مثلما هو الحال في الوسواس والضلالات التي تحمل نفس الاسم) ..
- ٩ - كثيرا ما يصاحب ذلك هلاوس وضلالات تدور حول الشعور بالذنب واتهام النفس .
- ١٠ - يصل الاكتئاب في هذا الدرجة الى شدة ذهانية .

(جـ) الاكتئاب التقهقري (اكتئاب سن اليأس) : واهم ما في هذا النوع مايلي : (١)

انه يصيب الجنسين في سن اليأس (ال ٤٥ عند النساء وال ٥٥ عند الرجال) والصفة الغالبة على هذا النوع هي ظهور الحزن مصحوبا بقلق وخوف واضطراب ، وتظهر الاوهام والضلالات بشكل واضح ، ومنها أن المريض عاش حياة تافهة مليئة بالذنوب والخطايا ويعتبر المرض عقابا أنزله الله به وقد يضر المريض نفسه (ينتحر او يقدم على الانتحار) اذا اهمل او ترك بمفرده .

(د) الاكتئاب التفاعلي : واهم ما يميزه الاتي : (٢)

ويأتى في سن مبكرة وحيثما تكون الشخصية غير متكاملة ، وهو بعكس الانواع الاخرى - يمكن الاستدلال على سبب له - والظاهرة الواضحة في هذا

(١) عبد الرووف ثابت ، الطب النفسي المبسط ، مرجع سبق ذكره ، ص ٩٠ .

(٢) المرجع السابق ، نفس الصفحة .

النوع هي تأرجح حالة المريض بين الحزن والانشراس تبعاً لشواغله ، فهو حزين طالما كان وحيداً وغير مشغول بعمل يليه ، ولهذا نجد ان المريض يتشغل عن همه وحزنه (إذا غير الجو) الذي يذكره بحزته او قضى وقتاً طويلاً مع الاصحاب ، وهذا بعكس الانواع الاخرى من الاكتئاب التي لا تتغير ولا تتبدل منهم بذل من محاولات للتخفيف او الترويح عن المريض . وعلاج هذا النوع يختلف عن علاج الانواع الاخرى وينجح فيه التحليل النفسي مع المهدئات .

وقد يكون الاكتئاب عرضاً لمرض نفسي اخر كالقلق او غيره مما يستلزم جهداً كبيراً للفرقة بين الاكتئاب كمرض والاكتئاب كمرض حتى يسهل تحديد العلاج اللازم فيما بعد .

علاج الاكتئاب :

لاشك ان معرفة الاسباب التي تؤدي الى الاصابة بالاكتئاب تؤدي الى سهولة تحديد درجة او نوع الاكتئاب وبالتالي تحديد العلاج اللازم وهناك العديد من الأساليب التي تستخدم في علاج الاكتئاب ، الا ان هذه الأساليب من وجهة نظر المؤلف لا يمكن الاعتماد على إحداها دون الآخر ، بل يجب ان تستخدم كلها في آن واحد حتى يتم الشفاء الكامل للمريض .

وفيما يلي اساليب علاج الاكتئاب : (١)

١ - العلاج بالعقاقير : : Durgs

حيث يصف الطبيب بعض الادوية المهدئة كالتفرانيل والتريبتزول ويأخذ مفعول هذه العقاقير بعض الوقت قد يصل الى ٢٠ يوماً قبل ظهور التحسن ،

(١) عمر شابين ، يحيى الرخاوى ، مبادئ الامراض النفسية ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٥٣-٢٥٤ .

ويحتاج المريض خلال هذه الفترة إلى عناية كبيرة من حيث التمريض والرعاية كما يمكن استعمال عقاقير أخرى لعلاج الأعراض المصاحبة مثل القلق أو فقدان الشهية .

٢ - الصدمات الكهربائية :

وهي من أنجح العلاجات حتى الآن في حالات الاكتئاب خاصة ، وهي تستعمل الآن بطريقة سليمة على ناحية من المخ فلا تحدث نسياناً وهي نافعة في كل حالات الاكتئاب الدوري تقريباً . حتى البسيط منها إذا عجزت العقاقير ولكنها لا تصلح في حالات الاكتئاب العصبي والاكتئاب المزمن المتراكم القلق .

٣ - علاج الانسولين المعدل :

قد يصلح في حالات الاكتئاب البسيط وخاصة إذا صاحب هذا أو ذاك - الهزال وفقدان الشهية .

٤ - العلاج النفسي :

قد يصلح العلاج النفسي التدميمي والتفريغي في حالات الاكتئاب البسيط .

٥ - العلاج الاجتماعي :

ويصلح في حالات الاكتئاب التفاعلي باصلاح الظروف البيئية بحيث تصبح أقل ضغطاً على المريض وتعليمه التفاعل بايجابية لحل مشاكله وتخفيف حدة الصراعات التي يعاني منها .

سادسا : الامراض السيكوسوماتية :

تعددت وجهات النظر فى تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية ، وفيما يلى عرضا لبعض منها :

تعرف الاضطرابات السيكوسوماتية بانها " اضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الانفعالى دورا هاما أساسيا ، وعادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبى اللاإرادى وتختلف الامراض السيكوسوماتية عن الاعراض التحويلية الهستيرية فى أن الأخيرة عبارة عن تحول القلق الى أعراض وعلاقات تشمل الجهاز الحركى والنحسى الإرادى ولها مغناها الرمزي فى الحياة للشعورية للفرد. " (١)

وتعرف الاضطرابات السيكوسوماتية ايضا بانها " تلك الاضطرابات التى تسببها ضغوط نفسية متراكمة ومستمرة ، تظهر آثارها جسمية فى صورة تلف للعضو او خلل فى وظيفته ويمكن للطبيب البشرى المعالج كشف هذا التلف او الخلل باستخدام وسائله كما يمكن للمريض ان يعبر عن سؤاله عند كل منها ولا تفيد وصفات الطبيب البشرى فى علاج تلك الامراض ما لم يؤخذ فى الاعتبار الاسباب النفسية ، وتصيب تلك الامراض أجهزة الجسم التى يتحكم فيها الجهاز العصبى اللاإرادى . " (٢)

ومن اهم الامراض السيكوسوماتية ما يلى : (٣)

- | | |
|-------------------|----------|
| ١ - الربو | Asthma |
| ٢ - الصداع النصفى | Migraine |

(١) اخذ عكاشه ، الطب النفسى المعاصر ، مرجع سبق ذكره ، ص ٣٥٥ .

(٢) كمال عبد المحسن البنا ، الغربية وعلاقتها بالاعراض السيكوسوماتية ، بحث منشور فى المؤتمر العلمى الرابع " ديناميات العمل الفريقى فى مجالات ممارسة الخدمة الاجتماعية " ، ٢٣ - ٢٥ ابريل ١٩٩١ ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة ، ص ٨١٧ - ٨١٨ .

(٣) عبد الرحمن العيسوى ، امراض العصر : الامراض النفسية والعقلية والسيكوماتية ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، ١٩٩٠ ، ص ٢٨٦ .

٣ -	السمنة	Obesity
٤ -	ارتفاع ضغط الدم	High blood pressure
٥ -	التهاب الجلد	Neurodermatitis
٦ -	التهاب الغشاء المخاطي أو القولون .	Colitis
٧ -	القرحة	Ulcer

وهناك امراض اخرى عديدة كبعض امراض الفم والاسنان ، والسكر والارتيكاريا أو بعض الامراض الخاصة بالجهاز الهضمي .

ويتجه الطب الحديث الآن في الاعتقاد ان معظم الامراض الجسدية يلعب فيها العامل النفسي دوراً قوياً سواء في نشأتها أو استمرارها أو آثارها أو ضعف مقاومة الفرد لمهاجمة المرض ، لدرجة ان بعض الابحاث الحديثة تفيد بوجود ترابط بين السرطان والعوامل النفسية . ولذا فعلى الطبيب ان يحترم الاسباب الاجتماعية والنفسية في كل مرضاه والا يغفل الحقيقة في ان معرفة هذه الاسباب تكون احيانا مفتاح الشفاء . (١)

كما يتضح من التعاريف السابقة للاضطرابات السيكوسوماتية انها امراض تظهر في صورة جسمية لاسباب نفسية واجتماعية ولذلك فعلاج هذه الامراض ينبغي الا يتجه للعرض دون السبب . ولذلك فإن للعلاج الاجتماعي فائدة كبيرة اذا استخدم بدقة في تخفيف حدة هذه الاضطرابات ، وتشير احدى الدراسات من ان التدخل المهني للخدمة الاجتماعية بطريقة خدمة الفرد باستخدام اسلوبى العلاج الاسرى وسيكولوجية الذات قد احدث تغييرا ايجابيا بدلالة احصائية في مواجهة الاضطرابات السيكوسوماتية ، وان كان اسلوب سيكولوجية الذات اكثر فاعلية في مواجهة الاضطرابات السيكوسوماتية من اسلوب العلاج الاسرى . (٢)

(١) احمد عكاشه ، الطب النفسى المعاصر ، مرجع سبق ذكره ، ص ٣٦٢ .

(٢) زين العابدين محمد على رجب ، الاضطرابات السيكوماتية بين اسلوبى العلاج الاسرى وسيكولوجية

الذات ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٢٥٩ - ٢٦٠ .

الفصل السادس

التشخيص الاجتماعي للأمراض النفسية

في اطار نظرية الدور

- مقدمة .
- المفاهيم الاساسية لنظرية الدور .
- تطبيقات نظرية الدور في المجال النفسى .
- نظرة نظرية الدور الى تكوين المشكلة .
- الدراسة الاجتماعية في اطار نظرية الدور في المجال النفسى .
- التشخيص الاجتماعى للمرض النفسى فى اطار نظرية الدور .
- العلاج الاجتماعى فى اطار نظرية الدور .
- الانتقادات الموجهة الى نظرية الدور .
- تعقيب ووجهة نظر المؤلف .

أولا : نظرية الدور Role Theory مقدمة :

لقد ظهرت فى الآونة الأخيرة بعض الانتقادات التى وجهت الى الاتجاه التقليدى فى خدمة الفرد (الاتجاه التحليلى) والذى يفسر المشكلات على أنها ترجع الى العميل بمفرده وبالتالى فعلاجها ينبغى ان ينصب على العميل فقط ونتيجة لذلك فقد ظهرت العديد من الاتجاهات والنظريات الحديثة التى تفسر السلوك المشكل على انه محصلة للتفاعلات التى تحدث بين الفرد وبيئته المحيطة به ، ومن اهم هذه الاتجاهات والنظريات : نظرية الدور ، العلاج الاسرى ، نظرية الازمة ، الاتجاه الوظيفى ، العلاج بالساعد ، العلاج المحيطى ، الاتجاه الذى يركز على الواجب او المهمة الخ .

ورغم ان نظرية الدور من النظريات الحديثة نسبيا ، الا أنها تعد واحدة من أكثر النظريات شيوعا واستخداماً فى ممارسة الخدمة الاجتماعية بعامه ، وخدمة الفرد بخاصة ولقد أنه عدد المؤسسات التى تستخدم تلك النظرية يتزايد بشكل تدريجى فى الآونة الأخيرة ^(١) بالخارج ، " ويرجع ذلك - دون شك - الى ما تتسم به نظرية الدور من ثراء مفاهيمها ومكوناتها النظرية ، وكذا مضايمها التطبيقية ، وقدرتها على ان تقدم لنا أسلوبا ووسيلة مناسبة لدراسة تحليل السلوك الاجتماعى فى صدره السوية والمشكلة " ^(٢) . .

(١) احسان زكى عبد الغفار وآخرون ، خدمة الفرد نظريات وتطبيقات ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٥ ، ص ٤ (مذكرات غير منشورة) .

(٢) عبد العزيز لهماى النوحى ، نظريات خدمة الفرد ، الجزء الثانى ، دار الثقافة للطباعة والنشر ، القاهرة ، ٩٨٣ ، ص ٣ .

ومما يجدر الإشارة اليه ان نظرية الدور على الرغم من عمق مفاهيمها ونظرتها الواقعية الى تفسير السلوك في صورته السوى منها والمشكل ، فانها - كما ترى بعض وجهات النظر - غير قادرة على تفسير كثير من الظواهر الاجتماعية، ولذلك يجب على الاخصائي الاجتماعي ألا يعتمد على هذه النظرية بمفردها في العمل مع عملائه - على الاقل في هذه المرحلة من نمو تلك النظرية - لكن يمكن له استخدامها كنظرية مساعدة له في عمله ، مما ينمى ويطور ادائه المهني ، بجانب نظرية اخرى واحدة على الاقل مما يتوافر من سواها من نظريات خدمة الفرد ^(١) والتي أصبحت متعددة ومتنوعة .

وتعتمد نظرية الدور على منطق اساسي مؤداه ان اى انسان يحتل العديد من المكانات الاجتماعية Social status في اى فترة من حياته ويترتب على شغله لهذه المكانات عدة ادوار ينبغي عليه أن يؤديها ، واثناء شغله لهذه الادوار يوجد مشاركون للفرد في أدائه لادواره الاجتماعية المختلفة .

ولما كانت اصابة أحد افراد الاسرة بالمرض النفسى تؤدي إلى حدوث تغيير في حياة ينعكس بالضرورة على الادوار داخل هذه الاسرة وبخاصة ادوار المرض ومن يشاركه فيها سواء كانت الزوجة او الابناء او زملائه في العمل وغيرهم ، فان ذلك يستلزم التدخل لمساعدة النسق الاسرى على استعادة التوازن في اداء ادواره .

ولما كانت الخدمة الاجتماعية تهدف الى تحسين حياة الانسان وتحسين الاحوال المجتمعية بصفة عامة فان نظرية الدور في خدمة الفرد يمكن ان تساهم

(١) المرجع السابق ، ص ٤ .

فى دراسة انعكاس الاصابة بالمرض النفسى لاجد افراد الاسرة على الادوار الاسرية من ناحية ومساعدة افراد الاسرة على قيامهم بأدوارهم بالصورة التى يتوقعها المجتمع منهم حتى تستمر الاسرة فى اداء وظائفها المختلفة من ناحية أخرى .

وتستند نظرية الدور على مجموعة من المفاهيم الاساسية يمكن عرضها على النحو التالى :

١ - مفهوم الدور :

تعددت وجهات نظر الباحثين فى تعريفهم للدور . فبينما نجد فريق يركز فى تحديده على الدور نجد فريقا آخر يركز على الدور المهنى ، وسنعرض لوجهتى النظر فيما يلى :

أولا : وجهة النظر التى تركز على الدور :

يعرف الدور بأنه " أنواع السلوك المقررة والمحددة لشخص ما يشغل مكانة معينة ، بمعنى كيف يتعين على شاغل الدور ان يسلك ويتصرف حيال الشخص او الاشخاص الاخرين الذين تضعه حقوق وواجبات مكانته فى تفاعل معهم " (١) .

ويعرف بأنه " السلوك المتوقع ممن يشغل مكانة او مركزا معيناً ، ويتضمن مفهوم المكانة جانبين اساسيين : (٢) .

(1) Herbert S. strean, Role Theory, in Francis J. Turner (ed.), in Social work Theatment, N.Y., The Free Press, 1974, P.314 .

(٢) عبد العزيز فهمى النوحى ، نظريات خدمة الفرد ، مرجع سابق ذكره ، ص ص ٥ - ٦ .

اولا : عددا من الحقوق والواجبات المتوقعة من شخص معين فى موقف معين ، وما يؤديه ويقوم به من أعمال وكذا ما يؤديه ويقوم به من يتعامل او يتعاملون معه فى هذا الموقف .

ثانيا : تفاعلا يتم بين اثنين او اكثر من الاشخاص .

كما يعرف الدور بأنه : " هو نمط السلوك المتوقع من الشخص الذى يشغل وضعا اجتماعيا معيناً أثناء تفاعله مع الاشخاص الآخرين الذين يشغلون اوضاعا اجتماعية اخرى داخل النسق (١) .

ويعرف ايضا بأنه " نموذج يتركز حول بعض الحقوق والواجبات ويرتبط بوضع محدد داخل جماعة او موقف اجتماعى معين ، ويتحدد دور الشخص فى اى موقف عن طريق مجموعة من توقعات يعتقها الآخرون كما يعتقها نفسه " (٢) .

ثانيا : وجهة النظر التى تركز على الدور المهنى . Professional role

" الدور المهنى هو الممارسة التى يقوم بها الاختصاصى الاجتماعى بحكم اعداده المهنى سواء مع الافراد او الجماعات او المجتمعات المحلية لتحقيق اهداف الخدمة الاجتماعية " (٣) .

" ويقصد بالدور المهنى وصف السلوك الذى يجب ان يلتزم به الاختصاصى الاجتماعى أثناء قيامه بعمله وفى علاقاته مع الافراد واداءاته والمنظمات

(١) محمد الجوهري ، المدخل الى علم الاجتماع ، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة، ١٩٨٦، ص ٦٤.

(٢) محمد عاطف غيث ، قاموس علم الاجتماع ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، ١٩٨٨ ، ص ٣٩٠ .

(٣) نبيل محمد صادق ، استخدام طريقة تنظيم المجتمع فى تنشيط دور المجالس المحلية ، رسالة دكتوراه، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، طوان ، ١٩٨٠ ، ص ص ١٥٢ - ١٥٣ .

والمجتمعات المحلية ويسعى لتحقيق اهداف معينة هي التي تعطى له مبررا لوجوده في الجهاز الذي يعمل فيه مع المجتمع " (١) .

ويمكن في ضوء التعاريف السابقة لمفهوم الدور ان نستخلص ما يلي :

- ١ - يشغل الفرد في حياته العديد من الادوار مثل دور الاب او الزوج او العامل او الطالب ... الخ.
- ٢ - يسلك الفرد الذي يحتل الدور سلوكا يحتمه عليه أدائه لهذا الدور .
- ٣ - كلما كان سلوك شاغل الدور مطابقا لتوقعات الآخرين منه كلما هناك توافقا بينهم .
- ٤ - كلما كان هناك توافقا بين توقعات شاغل الدور وتوقعات الآخرين منه كلما أدى الدور بفاعلية.
- ٥ - تضع وتحدد ثقافة المجتمع الحدود لمختلف الادوار (وقد يكون المجتمع هو الدولة او الاسرة او المصنع او المدرسة الخ) .
- ٦ - تضع الشخصية وسماتها والظروف الحياتية الضاغطة وغير الضاغطة النمط السلوكي الذي يمارسه الفرد في ادائه للدور .
- ٧ - من الممكن التأثير على الفرد بوسائل مختلفة لتغيير ادائه للدور .

٢ - مفهوم تعلم الدور :

" يقصد بتعلم الدور ان كل فرد في المجتمع يتعلم طبيعة دوره والسلوك المتلائم مع كونه يشغل دور معين وتبدأ هذه العملية التعليمية منذ الصغر في الطفولة من خلال عملية التنشئة الاجتماعية ، وتقوم بها الاسرة والاجهزة المختلفة مثل المدرسة والمنظمات الاجتماعية المختلفة التي تساعد وتشارك في نشأة وتنمية

(1) Ralph Kramer and Harry Speckt, Reading in Community Organization Practice, Prentice Hall, N.J., 1969, P.257.

الفرد ، وتتم عملية التعلم فى اطار القيم والانماط الثقافية التى يحددها المجتمع الذى ينشأ فيه الفرد" (١) .

"وتعليم الدور قد يكون مقصودا او تلقائيا ، فالتعليم المقصود تقوم به عملية التنقيف الاجتماعى التى تلقن الانماط الثقافية للسلوك والمعرفة ، أما التعليم غير المقصود (التلقائى) فان الطفل يصطنع من تلقاء نفسه انماط السلوك التى يقوم بها الاخرين فى البيئة التى يخالطها او يعيش فيها . " (٢)

٣ - مفهوم وصف الدور :

لكى يؤدى الفرد دوره عليه أن يكون مدركا للصفات اللازمة للمكانة التى يشغلها هذا الدور كما يقررها المجتمع الذى يعيش فيه بالاضافة الى معرفة ما يتعلق بتلك المكانة من التزامات وحقوق وواجبات " (٣).

أى ان المجتمع عليه أن يصف السلوك الذى يجب ان يلتزم به من يشغل دوراً معيناً تحديداً ووصفاً دقيقاً حتى لا يكون الدور غامضاً على شاغله .

٤ - غموض الدور :

يعنى غموض الدور عدم وضوحه من ناحية ، ومن ناحية اخرى " يشير غموض الدور الى تلك الادوار التى تفتقر الى الاعتراف الرسمى الواضح بها من جانب النظام الرسمى فى المجتمع بمعنى عدم الاعتراف بموقع ومكانة هذه الادوار

(١) محمد شريف صفر وآخرون ، نحو بناء النظرية فى خدمة الفرد ، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بكفر الشيخ ، ١٩٨٦ ، ص ٧٦ .

(٢) احسان زكى عبد الغفار وآخرون ، خدمة الفرد نظريات وتطبيقات ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٤ .

(٣) احسان زكى عبد الغفار وآخرون ، خدمة الفرد نظريات وتطبيقات ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٨ .

على خريطة العلاقات الاجتماعية ، أو عدم تحديد كونها مقبولة أو مرفوضة من جانب المجتمع وبالتالي عدم معرفة التوقعات المحددة من شاغلها أو كيفية تصرفاته وسلوكه " (١).

٥ - توقعات الدور :

يعنى السلوك الذى ينتظره المجتمع من شاغل مكانة معينة عليه انجاز حقوق وواجبات معينة .

ويمكن النظر الى توقعات الدور من حيث كونها : (٢)

أ - أداءات أو أفعال . Actions

وهى سلوك يؤديه شاغل المكانة المعينة ، وبناء على ما تعلمه بشأن دوره فى وقت سابق ، ويقوم على فكرتى التطوعية والغانية " اى يهدف الى تحقيق غاية معينة) ، ونظرا لاشتراك الفرد - عادة - مع غيره من الافراد فى أداء دوره ، فانه قد يحصل من الاخرين على تدعيمات او مكافآت او تسهيلات تعاونيه على أداء دوره او على العكس - قد يتعرض لعاقات من جانبهم لعملية ادائه لهذا الدور .

ب - صفات Qualities

وهنا تكون توقعات الدور اقرب الى الصفات الشخصية فشاغل مكانة الطالب ، من المتوقع منه فى هذا الجانب ان يكون شغوفاً بعمله ، مجداً فى استذكاره ، متعاوناً مع زملائه ، مقدراً لاساتذته.

(١) عبد العزيز النوحى ، نظريات خدمة الفرد ، مرجع سابق ذكره ، ص ١٠.

(٢) المرجع السابق ، ص ٨ .

ولكى يؤدي الفرد أدواره بنجاح ، مثبتا جدارته لشغل مكانة معينة ، عليه ان يكون مدركا للأداءات والصفات اللازمة لشاغل تلك المكانة ، كما يعرفها ويحددها المجتمع الذي يعيش فيه ، فضلا عن معرفة ما يتعلق بتلك المكانة من التزامات وحقوق وواجبات ومسئوليات .

٦ - مجموعة الدور :

تشير مجموعة الدور الى المجموع الكلى للأدوار التى يؤديها الفرد نتيجة لانه يشغل العديد من المكانات الاجتماعية التى تتضمن عددا من الادوار .

٧ - صراع الدور :

يعنى صراع الدور وصول الفرد القائم بالدور الى مرحلة يصبح معها غير قادر على أداء مجموعة أدواره المطلوب ان يؤديها بصورة متوازنة ، اى يختل معدل أدائه لأدواره .

وهناك عدة اسباب تؤدي الى ما يسمى بصراع الدور تتضح فيما يلى: (١)

- ١ - عندما يشغل الفرد انواعا متعددة من الادوار فى نفس الوقت ، ولكل منها واجبات تتعارض مع واجبات الادوار الاخرى - مثال ذلك : الام التى لديها طفلاً رضيعاً يجب عليها ارضاعه فى موايد متقاربة الا انها تعمل موظفة وعليها ان تواظب على عملها فى مواعيد العمل المقررة .
- ٢ - تعارض توقعات المشاركين للفرد فى اداء الدور ، ومثال ذلك موجه التربية الاجتماعية يتوقع من الاخصائى الاجتماعى ان ينظم سجلات لكل من الحالات الفردية ، وأنشطة الجماعات والعمل مع اتحاد الطلاب

(١) عبد العزيز النوحى ، نظريات خدمة الفرد ، مرجع سابق ذكره ، ص ١١.

ومجلس الآباء وغيرها ، ويتوقع ناظر المدرسة من الاخصائى المساعدة فى الاعمال الادارية .

- ٣ - عندما يكون فهم الفرد لدوره غير متطابق مع فهم بعض الاشخاص ذوى الاهمية بالنسبة له فى نسقه وبمعنى اخر اختلاف توقعات شاغل الدور مع توقعات المشباركين له فى الدور . ومثال ذلك الزوج الصعيدي الذى يتوقع من زوجته الحضرية الاهتمام بشئون المنزل ورعاية الابناء ، فى حين ان الزوجة تتوقع من زوجها أن يسمح لها بالخروج للعمل .
- ٤ - عندما لا يملك شاغل الدور المقومات التى يتطلبها الدور من مهارات وتعليم وخبرات وهو ما يسمى بعدم كفاية الدور Role Inadequacy .

الشخصية وآداء الدور :

" تعتبر الشخصية احدى المحددات الاساسية للدور ، لذلك فان التوافق او التعارض بين جوانب الشخصية ومتطلبات الدور قد يكون مسئولا عن نجاح الفرد او فشله فى اداء دوره وما قد يترتب على ذلك من صعوبات فى التكيف الاجتماعى فى المجتمع ^(١) ، فهناك بعض الادوار التى تتطلب سمات شخصية يجب ان تكون متوفرة فى شاغل هذا الدور ، وعدم توافر هذه السمات يؤدى الى عدم آداء الدور بالكفاءة المطلوبة ومثال ذلك : طالب الثانوية العامة الذى يوزعه مكتب التنسيق على احدى الكليات التى لا يرغب فى الالتحاق بها ، فقد يعجز عن مواصلة تعليمه أو دراسته بهذه الكلية .

(١) محمد شريف صفر وآخرون، نحو بناء النظرية فى خدمة الفرد، مرجع سبق ذكره، ص ص ٨١-٨٢.

تطبيقات نظرية الدور في خدمة الفرد في المجال النفسي :

نعرض هنا تطبيقات نظرية الدور في المجال النفسي على النحو التالي :

المشكلة الفردية :

يقابل الفرد في مختلف مراحل حياته العديد من المشكلات ، فتارة يتغلب عليها بمفرده وتارة أخرى يخفق في مواجهتها ، وتتنظر الخدمة الاجتماعية ليس للمشكلة التي تغلب عليها العميل بقدر ما يكون تركيزها على تلك المشكلات التي لم يستطع العميل بقدراته وامكانياته مواجهتها . عندئذ تعتبر ان الفرد يواجه مشكلة.

وتنشأ المشكلة من وجهة نظر نظرية الدور نتيجة ل أحد الاسباب التالية : (١)

- ١ - عدم قدرة الفرد على ايجاد الطريق الذي ينظم فيه أدواره المتعددة في نسق منظم مترابط .
- ٢ - فشل الفرد في أداء الادوار المفروضة أو المتوقعة منه من قبل المجتمع والمشاركين له في ادواره المختلفة .
- ٣ - تعدد الادوار وكثرتها بما يفوق طاقات الفرد .
- ٤ - اختلاف التوقعات بالنسبة لنفس الدور الذي يشغله الفرد .

العمليات الأساسية في خدمة الفرد في اطار نظرية الدور في مجال الطب النفسي:

تشتمل هذه العمليات على الدراسة والتشخيص والعلاج ، ونعرض تطبيق هذه العمليات لفهم دور الاخصائي الاجتماعي مع المريض النفسي وكيفية تطبيقه لهذه العمليات في مجال الطب النفسي .

أولاً : الدراسة الاجتماعية في إطار نظرية الدور في المجال النفسي :

تتصب عملية الدراسة في إطار نظرية الدور في خدمة الفرد في وصف ودراسة موقف الفرد داخل نسقه الاجتماعي وتفاعله معه ، ذلك أن الدور الاجتماعي يمكن تصوره كنتيجة ومحصلة للتفاعل بين العمليات النفسية من جانب والظروف البيئية من الجانب الآخر ، الأمر الذي يترتب عليه ضرورة أخذ الجانبين في الاعتبار عند القيام بعملية الدراسة الاجتماعية (١) .

تتضمن عملية الدراسة أيضاً الدراسة المنظمة التي يقوم بها الاختصاصي الاجتماعي لأدوار العميل أي دراسة أداء العميل لأدواره المختلفة بطريقة منظمة كما يلي : (٢) .

١ - العمل على معرفة المكانات والأوضاع الاجتماعية التي يشغلها المريض النفسي والأدوار المرتبطة بها :

وفي هذه المرحلة من الدراسة يقوم الاختصاصي الاجتماعي بدراسة عامة عن المريض النفسي مثل بياناته الأولية - حالته الاجتماعية - تكوين أسرته بالتفصيل - التزاماته تجاه أسرته وأقاربه ، عمله الأصلي قبل الإصابة بالمرض ، الظروف الاجتماعية الأسرية التي ساعدت على ظهور المرض النفسي به ، علاقاته بالأسرة قبل واثناء المرض وأدواره المختلفة التي يقوم بها .

(١) عبد العزيز النوحى ، نظريات خدمة الفرد ، مرجع سابق ذكره ، بتصرف ، ص ٢١ .

(٢) احسان زكى عبد الغفار ، وآخرون ، الاتجاهات المعاصرة في خدمة الفرد ، ط ١ ، كلية الخدمة

الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٩١ ، ص ص ١٧ - ١٩ .

- استفاد الباحث من الكتابات النظرية في نظرية الدور وقام بتطبيقها على مجال دراسته .

٢ - تحديد التوقعات التي يتوقعها المجتمع وأفراد من المريض النفسى فى ادائه لهذه الادوار :

يعد تحديد الاختصاصات الاجتماعى للدوار التى يقوم بها المريض النفسى ، فانه ينبغى عليه ان يحدد التوقعات التى يجب ان يكونه عليها كل دور يقوم به المريض بناء على ما يتوقعه المجتمع والاخرين بعد اصابته بالمرض النفسى ، وهل قدراته وامكانياته اثناء المرض تؤهله للقيام بهذا الدور ام لا ؟

وكذلك عليه ان يحدد الدور الذى يقوم به تجاه أسرته وابنائهم ودوره الجديد كمريض يتطلب منه الحضور للعيادة النفسية فى وقت محدد وحضور جلسات العلاج النفسى والاجتماعى أو الإقامة الداخلية فى المستشفى لبعض الوقت وغير ذلك من أدوار .

٣ - تحديد الواقع الفعلى للمريض النفسى فى ادائه لهذه الادوار : " الدور الممارس " :

وفى هذه المرحلة يحدد الاختصاصات الاجتماعى بالاشتراك مع المريض النفسى (رجل كان او امرأة طفلاً أو شاباً) الصورة الواقعية والفعلية لما يؤديه من أدوار عليه واجب القيام بها . فالمريض النفسى ما دوره الذى يقوم به تجاه أسرته ؟ هل يتولى بمفرده الاتفاق عليها ؟ ام تساعد الزوجة أو احد الابناء ؟ وهل يشارك بالرأى والمشورة فى أمور الأسرة ؟ واى الأمور الاسرية يتدخل فيها وايها يتركها للزوجة ؟ ومن الذى يضع الخطة العامة لميزانية الأسرة ؟ هل يتركها للزوجة ام توضع بالاتفاق بينهما ؟ وما شكل العلاقة بالأبناء ؟ وهل يتابعهم من الناحية الدراسية ؟ وما هى العلاقة بينه وبين الأقارب ؟ الخ.

وإذا كانت الزوجة هي المريضة ، فإن الاختصاصي الاجتماعي عليه ان يحدد كيفية ادائها لادوارها في المنزل كأم وربة بيت ، وكذلك انعكاس مرضها على علاقاتها بزوجها وأبنائها وتأثير حالتها المرضية على دورها في العمل ان كانت تعمل خارج المنزل وهل مازالت تشترك في قيادة الاسرة وتوجيه الابناء ؟ وشكل الاتصال الحالي بأقاربها وجيرانها وكيفية تدبيرها شئون المنزل ...الخ.

وإذا كان المريض هو الابن فلا بد من التعرف على اثر مرضه على دوره داخل الاسرة ودوره كطالب ، ومدى استجابته لتوجيهات الوالدين ، وعلاقته بأشقاءه وأخواته ...

٤ - تحديد الفرق بين ما يميزه المريض النفسي فعلا في ادائه لادواره وبين الصورة المتوقعة منه من جانب المجتمع والآخرين المشاركين في الدور:

في هذه الحالة يقوم الاختصاصي الاجتماعي بالتعاون مع المريض النفسي (سواء كان الزوج او الزوجة او احد أبناء) بتحديد الفرق بين الدور الممارس والدور المتوقع منه كما يراه المجتمع ممثلا في هيئاته وافراده .

٥ - العمل على فهم موقف المريض النفسي والمشكلات التي تعترض علاقته بالآخرين :

ويقوم الاختصاصي الاجتماعي برسم صورة واضحة للعلاقات والتفاعلات التي تنشأ بين المريض النفسي والآخرين وخاصة في النسق الاسرى لان هذا النسق هو الذي يهيئ للمريض الجو النفسي الملائم ويمكن من خلاله مساعدة المريض على تخطي هذه المرحلة الحرجة من حياته ، ويصل الاختصاصي الى

الصورة الحقيقية لموقف الاسرة من المريض والمشكلات التي تعترض العلاقة بينهما ومدى تقبل الاسرة للمريض بعد اصابته بالمرض ومدى استعدادها للمشاركة في تنفيذ خطط العلاج .

ثانيا : التشخيص الاجتماعي في ضوء نظرية الدور . . Social Diagnosis

يعد التشخيص خطوة بين عمليتي الدراسة والعلاج ، ففي عملية الدراسة يجمع الاخصائي الاجتماعي الحقائق والمعلومات حول المشاكل التي يعاني منها العميل . أما في عملية التشخيص " فانها العملية المهنية التي توضح كيفية حدوث المشكلة حتى يمكن علاجها وهي عملية عقلية يمارسها الاخصائي بتحليله للحقائق السابق جمعها ليفسر بها اسباب المشكلة، ويعتمد التشخيص على مهارة الاخصائي وكفاءته في ربط الحقائق واستخلاص ما يراه من عوامل ادت الى المشكلة او اسهمت في خلقها بدرجة او بأخرى كما يعتمد على موضوعية الاخصائي وتحليل الحقائق تحليلا موضوعيا دون تحيز او تدخل للعوامل الذاتية او معايير الخاصة " (١).

والتشخيص الاجتماعي في اطار نظرية الدور هو العملية التي يتمكن من خلالها الاخصائي الاجتماعي الوصول الى العوامل التي ادت إلى حدوث الخلل في اداء الادوار ، وهذه العوامل هي : (٢)

١ - عوامل ذاتية ترجع للعميل نفسه :

وهي تلك العوامل التي لعبت شخصية العميل دورا في احداثها ومن اهم هذه العوامل مايلي :

(١) عبد الفتاح عثمان وآخرون ، مقدمة في الخدمة الاجتماعية ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٨٥ ، ص ص ١٨٢ - ١٨٣ .

(٢) احسان زكي عبد الغفار ، وآخرون ، خدمة الفرد نظريات وتطبيقات ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٤١ - ٤٤ .

- أ - ادراك الدور : قد لا يدرك الشخص شاغل الدور متطلبات هذا الدور بالدقة الكافية اما لحدثة الدور بالنسبة له او لانه لم يتدرب على القيام بهذا الدور ، فالعامل الذى التحقق باحدى المصانع حديثا دون ان يتلقى أى تدريب من قبل قد يؤدي ذلك الى اصابته من احدى الآلات او يستهزا به زملاؤه ، وينتج عن ذلك ان يشعر بالقلق والاحباط وربما يزداد هذا القلق اذا وقع عليه رئيسه المباشر عقابا ما " والزوجة التى تزوجت حديثا قد يكون الدور الجديد غامضا عليها لأنها لم تتعلم متطلبات هذا الدور ^(١) ، وايضا المريض النفسى الذى طلب منه الفريق المعالج بالعيادة النفسية الانتظام فى الحضور للعيادة فى مواعيد محددة لتلقى العلاج النفسى والاجتماعى قد لا يدرك متطلبات دوره الجديد كمريض مما يشعره بالقلق والتوتر او رفض العلاج .
- ب - قد يتطلب الدور صفات فى الشخصية لا تتوفر لدى شاغل الدور ، فالطالب الذى التحقق باحدى الكليات التى لا يرغب فى الدراسة بها قد يعرضه ذلك للرسوب اكثر من مرة وقد يفصل من الكلية وتسوء حالته النفسية ، والابن الذى لم يتحمل اى مسئولية فى صغره قد يفشل فى دوره كارب اسرة ، والطفل الذى يدلله ابواه ويلبى اى مطلبه قد يتعرض للاحباط اذا لم يجد فرصة عمل فى المستقبل وقد يفشل فى أداء دوره لو التحقق بعمل ورفض المدير احد مطالبه .
- ج - ضغط الدور قد يعرض شاغل الدور الى الفشل لانه يقوم بالعديد من الادوار التى تصبح فوق طاقته وامكانياته الشخصية مما يوقعه فى صراع الادوار وعدم ادائها بصورة متوازنة .

(١) محمد شريف صفر وآخرون ، نحو بناء النظرية فى خدمة الفرد ، مرجع سبق ذكره ، ص ٩٠ .

د - تعدد الادوار التي يشغلها الفرد قد يؤدي الى وجود تناقض فيما بينها فالعامل الذي اصيب بحالة نفسية اصبح لا يستطيع معها الذهاب لعمله في مواعيده المحدده ، فهو من ناحية يرغب في العلاج وقد يفرض عليه دوره الجديد كمريض نفسى الانتظام في ايام محددة في العلاج ، ومن ناحية اخرى فهو يرغب الا يتغيب عن عمله حتى لا يتعرض الى خصم الحوافز والبدلات التي تمنح له والتي يحتاجها بشدة.

٢ - عوامل بيئية ترجع للمشاركين مع الفرد في اداء ادواره وللمحيطين به: سبق ان اوضحنا ان الانسان يشغل العديد من المكانات الاجتماعية التي ينتج عنها ادوارا متعددة واثناء شغل الفرد لدوره يوجد له مشاركين في اداء الدور، وحتى يحدث التوافق لابد ان يكون هناك اتفاق بين توقعات الدور وتوقعات المشاركين له في اداء الدور ، وعدم حدوث هذا التوافق هو الذي يؤدي الى الفشل في اداء الدور .

فالمريض النفسى الذى هو عضو فى النسق الاسرى سواء كان زوج او زوجة او ابن يقوم بالعديد من الادوار يشترك معه اخرون فيها ، وفى بعض الاحيان لا يحدث الاتفاق بين المريض النفسى والمشاركين معه فى الدور .

ويمكن توضيح ذلك على النحو التالى :

(١) قد يكون ادراك الزوج المصاب بالمرض النفسى مختلف عن ادراك زوجته ، فقد يرى الزوج ان من واجب الزوجة ان تداوم على الذهاب معه الى العيادة النفسية وتنظيم له مواعيد تناول العلاج فى حين ان الزوجة ترى انه لابد من الاعتماد على نفسه فى كل ذلك ، وقد يرى الابن

المريض نفسياً أنه غير قادر على الاستذكار في ظل ظروف مرضه في حين يرى أفراد أسرته أنه لابد أن ينتظم في الدراسة ويواظب على الاستذكار أولاً بأول حتى لا يتعرض للرسوب آخر العام .

(ب) قد يجبر المريض النفسى على اداء دور معين هو غير اهل له ولم تؤهله طبيعة شخصيته للقيام به ، كأن يطلب منه مساعدة الابناء في الاستذكار في حين ان حالته المرضية لا تؤهله لذلك خاصة اذا كان من ضمن اعراض المرض التوهان وعدم التركيز .

(ج) قد يتحمل المريض النفسى اداء دورا كان يؤديه شخص اخر في محيط بيئته الاجتماعية مما يجعله يتحمل ادوارا ومسئوليات فوق طاقته تؤثر على ادائه لادواره الاخرى ، كأن يتوفى والده الذى كان يتولى الانفاق على الاسرة ، ويترتب على ذلك بحثه عن عمل بعد انتهائه من اليوم الدراسى ليساهم في نفقات الاسرة .

(د) تعارض توقعات المشاركين في اداء الدور فيما بينهم قد يؤدي الى فشل شاغل الدور مثال ذلك الاب يتوقع من ابنه ان يبحث عن عمل في الاجازة الصيفية ليساعده في نفقات الاسرة ، بينما الام - ترى ان الاجازة الصيفية يجب ان يأخذها الابن كفترة للترويح عن النفس وتجديد نشاطه ليستقبل عامه الجديد بالحماس والنشاط ويؤدي هذا التعارض الى الصراع الذى يجعل شاغل الدور يقع في حيرة لاي الطرفين يستجيب ؟

خطوات التشخيص : Diagnosis Steps

تتمثل خطوات التشخيص الاجتماعي في ضوء نظرية الدور فيما يلي : (١)

- ١ - تحليل العوامل المتعلقة بالمشكلة أو الموقف ، وتحديد ما هي العوامل الذاتية الراجعة الى المريض والعوامل البيئية المتعلقة بالمجتمع وبالمحيطين به .
- ٢ - تحديد اى الادوار او الدور الذى فشل فيه المريض كلية او فى جزء منه .
- ٣ - تحديد نقط الصراع فى اداء الفرد لادواره ، فقد تكون نتيجة لتعارض توقعات المشاركين له فى الدور او غموض الدور بالنسبة لشاغره الخ .
- ٤ - تحديد هل الفشل فى اداء الدور راجع الى عدم تحديد المجتمع لطبيعة هذا الدور .
- ٥ - تحديد هل الفشل فى اداء الدور راجع الى عدم معرفة المريض بطبيعة دوره .
- ٦ - تحديد اى مناطق الفشل قابلة للتعديل وايها غير قابلة للتعديل .
- ٧ - رسم خطة العلاج المناسبة والتي تتلاءم مع طبيعة شخصية المريض ومع ظروفه البيئية والمجتمعية الملزمة .

العلاج من منظور نظرية الدور :

اختلفت وتعددت تعاريف العلماء للعلاج وذلك باختلاف اهتمام كل منهم ، ومن هذه التعاريف ما يلي :

(١) احسان زكى عبد الغفار ، وآخرون ، الاتجاهات المعاصرة فى خدمة الفرد ، مرجع سابق ذكره ،

يعرفه احمد السنهورى : بأنه " مجموعة الجهود والخدمات التى يمكن للاخصائى الاجتماعى بالاشتراك مع العميل ان يجعلها ذات اثر فعال فى شخصية العميل والظروف البيئية المحيطة به حتى يصل الى درجة من الاشباع السليم والقدرة على الاعتماد على نفسه فى تناول اموره " (١) .

وتعرفه فاطمة الحارونى بأنه : " العمل على تحسين الوظيفة الاجتماعية للعميل عن طريق العلاقة المهنية والحصول على الخدمات التى يشير بها التشخيص السليم بواسطة السيطرة على البيئة والتأثير فى السلوك " (٢) .

ويعرفه اخرون : بأنه " الجهود والخدمات التى تقدم للعميل على ضوء التشخيص والتى تؤدى الى حل المشكلة التى تقدم بها ، وهو نوعين اما علاج ذاتى موجه الى شخصية العميل او علاج يبنى موجه الى ظروفه البيئية (٣) .

وبالنظر الى التعريفات السابقة للعلاج نجدها تركز على الجوانب التالية:

- ١ - العلاج عملية مشتركة بين الاخصائى الاجتماعى والعميل .
- ٢ - يستهدف العلاج التأثير فى شخصية العميل وفى المحيطين به وتحسين الاداء الاجتماعى للعميل .
- ٣ - العلاج نوعان : علاج ذاتى وهو الذى يتم من خلاله تعديل شخصية العميل تعديلا نسبيا او تعديلا جذريا ، وعلاج يبنى يتم من خلاله التأثير فى المحيطين بالعميل .

(١) احمد عبد الحكيم السنهورى ، اصول خدمة الفرد ، المكتب المصرى الحديث للطباعة والنشر ، الاسكندرية ، ١٩٦٥ ، ص ٢٧٥ .

(٢) فاطمة مصطفى الحارونى ، خدمة الفرد فى محيط الخدمات الاجتماعية ، مكتبة القاهرة الحديثة ، ١٩٧٠ ، ص ٢٦٢ .

(٣) عبد الفتاح عثمان واخرون ، مقدمة فى الخدمة الاجتماعية ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٨٣ .

- ٤ - تستثمر الموارد البيئية المتاحة في المجتمع لمساعدة العميل في التغلب على مشكلته .
- ٥ - الهدف النهائي هو مساعدة العميل على الاعتماد على نفسه في تناول مشكلاته المستقبلية .

ويقوم التدخل العلاجي وفقا لنظرية الدور على الافتراضات التالية : (١)

- ١ - ان التنشئة الاجتماعية للعميل تتأثر بالادوار التي تعرض لها العميل من اشخاص بيئته في الماضي والحاضر .
- ٢ - ان مشكلات العميل الانفعالية والاجتماعية ترجع الى عمليات التعلم الخاطيء للادوار او لتعليم عادات الدور غير المقبولة اجتماعيا .
- ٣ - ان العلاقة بين الاختصاصي والعميل هي خبرة تعليمية جديدة ووسيلة علاجية هامة لتعليم العميل .

وباختصار فان العلاج من خلال نظرية الدور يمكن ان يتناول الجوانب

التالية : (٢)

- ١ - تعليم العميل الصورة التي يجب ان يكون عليها دوره وفقا لما يتوقعه منه الاخرين .
- ٢ - حينما يكون عجز الفرد عن اداء دوره راجع الى نقص مهارة وقدرة الفرد على آداء فمن الممكن ان يتم توفير الفرصة التي تساعد على اكتساب هذه المهارة .

(1) Herbert S.strean, Role Theory, Op. cit, P.333 .

(٢) احسان زكى عبد الغفار ، الاتجاهات المعاصرة في خدمة الفرد ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٤-٢٦ .

- ٣ - مساعدة العميل على ايجاد التوازن والتكامل بين ادواره وهذا يأتى عن طريق توضيح الاختصاصات الاجتماعى للعميل الجوانب الهامة فى كل دور بحيث ان اهمال اى منها يؤدى الى الصراعات والوقوع فى المشاكل .
- ٤ - اعادة توزيع الادوار داخل النسق - فمثلا داخل نسق الاسرة بدلا من ان تتحمل الزوجة كل اعباء المنزل من الممكن ان تساعد الزوج على ان يتقبل ببعض الادوار حتى يستطيع النسق ككل من اداء وظيفته الاجتماعية المتوقعة منه وذلك عن طريق تخفيف ضغوط الدور على احد افراد الاسرة ومشاركة فرد اخر فى تحمله للمسئولية واداء هذه الادوار .
- ٥ - العمل على التوفيق بين توقعات الآخرين بالنسبة لفرد معين يؤدى دور معين .
- ٦ - من الممكن الاستفادة من مصادر المساعدة فى المجتمع لمساعدة فرد ما على القيام بدوره .

الانتقادات الموجهة الى نظرية الدور :

يعارض البعض فكرة وجود نظريات فى العلوم الاجتماعية ، ويبررون معارضتهم بأن النظرية ينبغى ان تكون قادرة على الضبط والتحكم وتكون النتائج ثابتة اذا اختبرت عن طريق اكثر من باحث وفى ظل شروط معينة ، ولما كان السلوك الاجتماعى يصعب التحكم فيه نظرا لانه يرتبط بالاشخاص وبالمواقف المختلفة ، وربما صدر سلوك من شخص فى موقف معين ما يختلف عن سلوك نفس الشخص فى موقف مشابه فى وقت اخر

وهذه الانتقادات :

- ١ - تعد نظرية الدور من النظريات الحديثة نسبيا ، كما انه لم تكتمل لها بعد مقومات النظرية النموذجية (١) .
- ٢ - عجزت نظرية الدور عن تقديم الكيفية التي يتم بها التعديل الذاتى او البنى ، فهي تقول بتغيير الدور او بخلق ادوار ، وهكذا دون ان توضح الاساليب الواجب اتباعها لتحقيق هذه الاهداف (٢) .

ويرى الباحث انه يمكن مناقشة هذه الانتقادات فيما يلى :

أولا : بالنسبة لفكرة معارضة وجود نظريات فى العلوم الاجتماعية :

من المعروف ان النظرية العلمية لها مستويات ثلاثة وهى :

(أ) نظرية محدودة المدى .

(ب) نظرية متوسطة المدى .

(ج) نظرية متقدمة او دقيقة .

ولما كانت العلوم الاجتماعية فى تطورها لم تصل بعد الى دقة العلوم الطبيعية التى وصلت الى نظريات قادرة على الضبط والتحكم فى المتغيرات التى تحاول ان تثبت صحتها وذلك لاسباب :
١ - اهمها ان السلوك الاجتماعى متغير باستمرار ، فانه من الممكن القول ان فكرة وجود نظرية فى العلوم الاجتماعية اصبحت تمثل ضرورة تساعد الباحث على ان يجرى تجاربه فيه ، ظل ضوابط وتنبيته للمتغيرات التى يمكن ان تؤثر على التجارب حتى يمكن التوصل الى قدر

(١) عبد العزيز لهماى النوحى ، نظريات خدمة الفرد ، الجزء الثانى ، مرجع سبق ذكره ، ص ٤ .

(٢) عبد الفتاح عثمان ، المدارس المعاصرة فى خدمة الفرد ، نحو نظرية جديدة للمجتمع العربى ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٧٨ ، ص ٤٣ .

معقول من الدقة فى العلوم الاجتماعية ، ويمكن ان يطلق على النظريات فى العلوم الاجتماعية " النظريات المحدودة " أو " المتوسطة المدى " .

ثانيا : بالنسبة للانتقادات الموجهة الى نظرية الدور :

- ١ - بالنسبة للنقد الاول الذى يرى ان نظرية الدور نظرية حديثة نسبيا وانها لم تكتمل لها مقومات النظرية النموذجية ، فانه يمكن مناقشة هذه الراى بانه لا توجد نظرية متكاملة وذلك لاتساع نشاطات الحياة وظهور التخصص ، وعلى ذلك فإى نظرية تتناول الظاهرة من زوايا معينة وليس من كافة الجوانب وذلك لاستحالة دراسة الظاهرة من جميع جوانبها ^(١).
- ٢ - بالنسبة للراى الذى يرى ان نظرية الدور عجزت عن تقديم الكيفية التى يتم بها التعديل الذاتى او البيئى ، فان النظرية يمكن اختبارها فى الميدان ، وان هذا الاختبار يؤدى بالنظرية الى مزيد من الدقة العلمية . ^(٢) وقد تم اختبار نظرية الدور فعلا فى الميدان واثبتت أن اساليبها قادرة على تقديم الكيفية التى تم بها التعديل الذاتى والبيئى " وتستمد نظرية الدور اساليبها العلاجية من الاتجاهين التحليلى والسلوكى ^(٣).

(١) عادل محمد موسى جوهر ، العلاقة بين ممارسة نظرية الدور فى خدمة الفرد وأثر ذلك على الاداء الاجتماعى لمتعاطى الحشيش ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة طوان ، ١٩٨٧ ، ص ٦١ .

(٢) كمال سعيد صالح ، البحث الاجتماعى فى الخدمة الاجتماعية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة طوان ، ١٩٨٤ ، ص ١٩٧ .

(3) Herbert S.strean, Role Theory, Op. cit, P.333 .

الفصل السابع

الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في

مجال الأمراض النفسية

- مقدمة .
- نشأة العيادات النفسية وأهدافها .
- الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال النفسى ، ولماذا دخلت الخدمة الاجتماعية هذا المجال ؟
- دور الاختصاصى الاجتماعى فى العمل مع الحالات الفردية .
- دور الاختصاصى الاجتماعى فى العمل مع الجماعات العلاجية .
- دور الاختصاصى الاجتماعى فى العمل مع المنظمات المحلية .
- دور الاختصاصى الاجتماعى مع الفريق العلاجى .
- العلاقة بين الصحة النفسية والتنمية .

مقدمة عامة :

سنحاول فى هذا الفصل بمشيئة الله تقديم عرض مختصر لنشأة العيادات النفسية وأهدافها ، وكيف تطور العلاج من كونه علاجاً يعتمد على الخرافة والتعذيب إلى أن أصبح علاجاً شمولياً ينظر للشخصية من كافة جوانبها ، ثم يلى ذلك عرض لطبيعة الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فى العيادات النفسية يتم فيها توضيح الدور الذى يقوم به الأخصائى سواء كان ذلك من خلال ممارسته لطرق الخدمة الاجتماعية أو دوره فى العمل مع الفريق العلاجى ثم يختم الفصل بتوضيح العلاقة بين الصحة النفسية والتنمية التى ينشدها المجتمع فى الوقت المعاصر .

أولاً : نشأة العيادات النفسية :

يتحدد تاريخ إنشاء أول عيادة نفسية فى العالم بعام ١٨٩٦ ، حينما كان ليتنر ويتمر Lightner Witmemr مهتما بدراسة الاطفال المتخلفين عقلياً وقد قام بهذه الدراسة فى المعمل السيكولوجى بجامعة بنسلفانيا ، وكان من نتيجة هذه الجهود ان تقدم باقتراح " للرابطة السيكولوجية الامريكية " A . P . A بانشاء عيادة نفسية تضم مثل هؤلاء الاطفال .

وفى عام ١٨٩٨ عين " ر.ت . ويلي " R . T . Wylie " وهو سيكولوجى وطبيب فى مؤسسة ضعاف العقول فى " فاريبولت - مينسوتا " Faribault Minesota " وقد تناول جزء كبير من نشاطه اختبار الاطفال الموجودين بهذه المؤسسة حتى عملت سبع حجرات خصصت للبحوث والاعمال الاكلينيكية ، وكان هذا فى عام ١٩٠٠ م .

وفى عام ١٩٠٥ خصصت مدرسة تدريب ضعاف العقول فى فاينلاند بولاية نيوجيرسى Training School For The mental retardation قسما للبحوث التى تهدف الى تطوير اعمال ووظائف العيادات النفسية - ومنذ ذلك الوقت بدأت تتوالى انشاء العيادات النفسية .

اما مصر فقد انشئت اول عيادة نفسية فى عام ١٩٣٤ م . - بمعهد التربية للمعلمين بالقاهرة وقبل ذلك انشئت مصلحة الصحة العقلية عام ١٩٢٣ عيادة نفسية الحقت بمستشفى الامراض العقلية بالعباسية . ثم انشئت العيادة النفسية بالقصر الجمهورى عام ١٩٤٥ وهى اول عيادة نفسية خارجة عن نطاق جامعى ونفسى عام ١٩٤١ م . افتتح عيادة نفسية بكل من مستشفى المنيرة وبولاق ، وانشئت وظيفة باحث اجتماعى فى مصلحة الصحة العقلية للقيام بمتابعة الحالات المترددة على العيادتين واستمر انشاء العيادات التابعة للصحة المدرسية فى الاسكندرية عام ١٩٥٩ م . - واسيوط عام ١٩٦٠ م . - وكانت تهدف هذه العيادات الى توجيه العلاج المباشر نحو الطفل ، ثم اصبح العلاج المتكامل الذى يشمل كل من الطفل والابوين ، واستمر انشاء العيادات النفسية التربوية التابعة للجامعات ، فانشئت عيادة نفسية فى معهد التربية للبنات (كلية البنات حاليا) واخرى فى كلية الاداب ، وفى عام ١٩٦٠ م . - بدأت وزارة الصحة فى تعميم العيادات النفسية الملحقة بالمستشفيات العامة .

وفى عام ١٩٦٤ م . روعى فى تصميم المستشفيات العامة الجديدة ان يوجد بها عيادات نفسية بها اقسام داخلية فى المستشفى ، واستمر انشاء العيادات حتى اصبحت هناك عيادة نفسية على الاقل بكل محافظة فضلا عن العيادات النفسية الملحقة بكليات الطب بمعظم الجامعات .

أهداف العيادات النفسية :

تهدف العيادات النفسية بصفة عامة الى تحسين قدرة المريض النفسى على مواجهة ما يعترضه من مشكلات والتصدى لعلاجها على اسس واقعية وعلى تكيف نفسه لظروف معيشته واستثمار ما لديه من امكانيات أفضل استثمار ممكن.

ولكى تحقق العيادات النفسية هدفها العام ، فانها تسعى إلى تحقيق مجموعة من الأهداف الفرعية يمكن اجمالها على النحو التالى :

- أ - أهداف علاجية .
- ب - أهداف تنقيفية ووقائية .
- ج - أهداف علمية وتدريبية .

وفيما يلى شرحا لهذه الأهداف :

أولا : الأهداف العلاجية :

لكى تحقق العيادات أهدافها العلاجية فهى تستعين بمجموعة من المتخصصين فى مختلف الجوانب الطبية والنفسية والعقلية والاجتماعية ، ويقوم كل متخصص بدراسة مشكلات المريض النفسى من زاوية تخصصه وتقديم هذه المعلومات الى رئيس الفريق العلاجى وهو الطبيب لوضع خطة العلاج الشاملة والتي تغطى اوجه الاضطراب فى الشخصية ، وفى كثير من الاحيان يشمل هذا العلاج تغيير نظرة المريض بالنسبة لنفسه وللآخرين والمشكلات التى تعترضه فى الحياة وارشاده الى تحقيق التوازن فى شتى نواحي حياته وتعديل الظروف البيئية والاسرية التى يعيش فى ظلها والتي لعبت دورا فى اصابته بالمرض من خلال تغيير معاملة الوالدين أو المدرسين أو زملاء العمل .

ثانيا : الاهداف التثقيفية والوقائية :

تسعى عيادات ومستشفيات الصحة النفسية إلى أن تكون مركزاً للإشعاع الثقافي في البيئة التي توجد فيها من خلال عدة اساليب للاتصال بالجمهور كالندوات والمحاضرات وحلقات المناقشة واصدار النشرات والكتيبات وتدعو لذلك الآباء والقيادات المختلفة التي لها علاقة بتعليم وتنشئة الاطفال والتلاميذ وتبرز من خلال هذه الوسائل كيف يمكن تنشئة الأبناء على أسس سليمة وتغيير اتجاهات الوالدين تجاه معاملة ابنائهم وتستعين في تحقيق هذا الهدف بالموارد المجتمعية المختلفة سواء كانت موارد بشرية كالأخصائيين الاجتماعيين او اطباء الصحة المدرسية او الاذاعة او الصحافة او موارد مادية وغيرها .

ثالثا : الاهداف العلمية والتدريبية :

لاشك ان العيادات النفسية تعد مجالا خصبا للاستفادة منها في اختبار الاساليب والنظريات العلاجية التي يستخدمها المتخصصون في العلاج النفسى ، وذلك للتحقق من فاعلية هذه النظريات من اجل الأبقاء عليها اذا اثبتت التجربة صلاحيتها او تغييرها ان كان يشوبها قصور .

كما ان العيادات النفسية تقوم بدور كبير في تدريب الاطباء والاخصائيين الاجتماعيين والنفسيين ويتم ذلك تحت اشراف زملائهم القدامى الذين اكتسبوا خبرة كبيرة من خلال ممارستهم للعمل في العيادات النفسية .

وبقدر الجهد الذى يبذل في إعداد وتدريب الممارس بقدر ما يساهم فيما بعد فى تقدم الممارسة لمهنته ويساعد فى تخفيف الام المرضى النفسيين ويتحقق لدوره الكفاءة والفاعلية .

الاتجاهات الحديثة في علاج الامراض النفسية :

لقد ساد في فترة من الزمن الاعتقاد بأن المرضى النفسيين لا علاج لهم سوى حبسهم في أماكن بعيدة حتى يمكن التخلص منهم ، " فكم من الآلاف قتلوا وحرقوا بسبب اعتقاد الناس والحكام ان الشيطان يلبس اجسام المرضى ، وحينما كان هذا الاعتقاد سائدا كان الجوع والعطش والضرب بالسياط هو العلاج اعتقادا بان الاكل يهيج المريض والضرب يهدئه " . (١)

" وفي اواخر القرن الثامن عشر اصيب احد الملوك بمرض المرح وقد عومل المريض الملكي معاملة سيئة مما حدا بطيبيه الخاص الى اثارة موضوع العنف امام مجلس الامة واستطاع أن يستخلص تشريعا بابطال العنف مع المرض " (٢) . . .

ويتطور العلوم المختلفة وظهور النهضة العلمية في المجالات الطبية والسياسية والاجتماعية ، بدأ الطب النفسي يزدهر واتسعت العديد من العيادات والمستشفيات النفسية التي تعالج المرضى النفسيين :

السمات الأساسية للعلاج النفسي الحديث :

هناك العديد من الخصائص والسمات التي يتسم بها العلاج الحديث للأمراض النفسية . وفيما يلي هذه الخصائص :

١ - من بين السمات العلمية للعلاج اليوم ، وخاصة في المستشفيات والعيادات الكبرى أنه أصبح يقوم به فريق من الأطباء النفسيين والاختصاصيين

(١) عبد الرؤوف ثابت ، الطب النفسي ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٢-١٣ .

(٢) المرجع السابق ، ص ١٣ .

الاجتماعيين والنفسيين ولم تعد مهمة العلاج مقصورة او محصورة في يد اخصائي واحد بعينه ، وذلك ضمانا للوصول بالعلاج الى اقصى درجات الكفاءة والدقة . (١)

٢ - تذهب النظريات المعاصرة الى ان الشخصية عبارة عن نسق متكامل جسميا ونفسيا وسلوكيا وعقليا وان السلوك النهائي للفرد تتفاعل فيه كافة هذه العوامل مجتمعة ، ولذلك فان وراء اصابة عضو من الاعضاء البيولوجية عوامل اجتماعية ونفسية وعقلية ايضا ، بل انه تبعا لذلك فان علاج هذا العضو او ذاك - طبيا فقط - لن يمتنع من تكرار الإصابة بالمرض مرة اخرى (٢) ولذلك فان العلاج المتكامل ينبغي ان يشمل النواحي الطبية والنفسية والاجتماعية دون اغفال أيا منها .

٣ - أصبحت تتسم مناهج العلاج النفسي بالطابع الانساني والخلقى فى معالجة المريض النفسى ولم يعد مقبولا أهانتة او اذائه او تحقيره او النيل من كرامته .

٤ - لم يعد العلاج مقصورا على مجرد ازالة بعض الأعراض المرضية التى يشكو منها الفرد ، بل إنه يتعدى لعلاج الاضطرابات السلوكية التى يعانى منها بعض الافراد من المرضى ، والتى تمنعهم من التكيف كيفا سليما فى مجالات المدرسة والعمل والحياة عموما : (٣)

٥ - اتجه العلاج النفسى الحديث الى علاج المريض النفسى فى بيئته الطبيعية، لان عزل المريض لمدة طويلة فى المستشفى يجعله يتعزل عن الاسرة والبيئة ويشعر فيما بعد بالاغتراب وعدم التكيف وان كان ذلك يتطلب

(١) عبد الرحمن العيسوى ، الاسلام والعلاج النفسى ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢١ .

(٢) محمد السيد الهابط ، التكيف والصحة العامة ، المكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية ، ١٩٨٢ ، ص

١٠٢ .

(٣) مصطفى لهماى ، علم النفس الاكلينيكي ، مرجع سبق ذكره ، ص ٣٨٧ .

توعية الاسرة بأسلوب معاملة المرضى النفسيين وتهيئة المناخ الاسرى
السليم لعلاج المريض .

- ٦ - استحدثت اساليب علاجية جديدة بناء على التقدم الذى حدث فى تشخيص
الامراض النفسية ، ومن هذه الأساليب العلاج بالعقاقير المهدنة ، العلاج
بالصددمات الكهربائية ، العلاج الاسرى ، العلاج السلوكى ، العلاج
الجماعى ، العلاج النفسى الفردى ، العلاج بالعمل ، العلاج باللعب ،
العلاج المحيطى ، العلاج بالحميات ، العلاج الطبيعى ، العلاج الروحى .
- ٧ - بعد ان كان علاج المرضى النفسيين الكبار والصغار يتم فى مكان واحد ،
اصبحت هناك مستشفيات وعيادات نفسية لكل منهما على حدة .
- ٨ - يتسم علاج الامراض النفسية اليوم بان يصبح علاجاً شمولياً يتناول
الشخصية من كافة جوانبها الجسمية والعقلية والروحية والخلقية
والاجتماعية والعلمية والعملية والاسرية . . الخ وواقعياً لا يعتمد على
الامور الفلسفية او الوهمية او التخيلية .

الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فى المجال النفسى :

لقد باتساع فى القرن الحالى مجال ممارسة الخدمة الاجتماعية النفسية
واثبتت الممارسة أهمية فهم كافة ابعاد الموقف الاجتماعى والظروف النفسية
للمريض باعتبارها عوامل مؤثرة بدرجات مختلفة فى الحالة النفسية واقتضى ذلك
ان يعمل الاختصاصى الاجتماعى ضمن فريق يضم فى كثير من الأحيان الطبيب
النفسى والاختصاصى النفسى والاختصاصى التغذيةى والاختصاصى التأهيل والعلاج
الطبيعى. (١)

(١) اقبال محمد بشير ، سامية محمد فهمى ، ممارسة الخدمة الاجتماعية فى المجال النفسى ، المكتب
الجامعى الحديث، الاسكندرية ، ١٩٨٥ ، ص ٢ .

ويتطلب عمل الاختصاصي الاجتماعي في هذا المجال قدرة ومهارة على المشاركة الدائمة لهذه التخصصات في الأفكار واساليب العمل ، واضعا امامه دائما الحاجة لتنمية قدراته على الاتصال بأعضاء فريق العمل . (١)

وتعد الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية مجموعة من الافعال والانشطة التي تكون دورا مهنيا للاخصائي الاجتماعي وتفسر سلوكه المهني وفق قيم ومبادئ المهنة بهدف مساعدة العملاء على تحسين احوالهم المعيشية ورفع ادائهم الاجتماعي باستخدام طرق وتكنيكات الخدمة الاجتماعية بارادة واعية وفهم متكامل وبأسلوب تكاملي .

ويعرض المؤلف فيما يلي الادوار المهنية للاخصائي الاجتماعي في مجال الأمراض النفسية .

أولا : الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في ميدان الطب النفسي :

سبق ان حددنا مفهوم الممارسة المهنية في المجال النفسي ولا شك ان تطبيق هذا المفهوم يتطلب الأعداد الجيدة للاخصائي الاجتماعي في هذا المجال ليصبح لديه القدرة على تطبيق طرق الخدمة الاجتماعية بمنظور متكامل .

ونقدم هنا تصورا لما يجب أن يكون عليه دور الاختصاصي الاجتماعي ، وهذا التصور مبني على البحوث التي قام بها الباحث ومن خلال خبرته العملية في هذا المجال .

(١) المرجع السابق ، ص ص ٢ - ٣ .

ويمكن النظر لمفهوم الدور من عدة زوايا يمكن ان يكمل كل منها الاخر ،
فهناك الدور الموصوف Presscribed role او توقعات الدور Role
expectation وفي اطار ذلك يصبح الدور مجموعة من التوقعات التي يتوقعها
الاخرون من الاخصائى الذى يعمل فى المجال النفسى .

ومن زاوية اخرى يمكن النظر الى الدور الممارس على انه السلوك
الفعلى الذى يسلكه الاخصائى الاجتماعى بالفعل فى علاقته مع المرضى النفسيين
ثناء قيامه بدوره وفى علاقته مع المشاركين له فى أدائه لدوره كأعضاء الفريق
العلاجى .

ولما كان استخدام الاسلوب التكاملى هو الذى يميز ممارسة الخدمة
الاجتماعية بكل طرقها فى المجال الواحد فإنه يمكن تحديد اهم الأنشطة التى يجب
ان يقوم بها الاخصائى الاجتماعى الذى يعمل فى المجال النفسى على النحو التالى:
أولاً : دور الاخصائى الاجتماعى مع الحالات الفردية :
أن اهم ما يجب ان يقوم به الاخصائى الاجتماعى فى عمله مع الحالات
الفردية هو فهم شخصية المريض النفسى وسلوكياته واعراض مرضه وتأثير حالته
المرضية على علاقاته الاجتماعية مع الآخرين ، وتأثير مرضه على أدائه لدوره -
كما يتعامل الاخصائى الاجتماعى مع أسرة المريض النفسى لمساعدتها على فهم
طبيعة المرض وكيفية تعاملها مع المريض والتخلص من توهيمهم بان المرض
النفسى يمثل وصمة عار للأسرة ، كما عليه ان يكون علاقة مهنية مع الاسرة
ويستخدم كافة اساليب العلاج لمساعدتها على تقبل المريض ومساهمتها فى علاجه
بأقصى ماديها من قدرات وامكانيات وجعلها بيئة صالحة لاستقبال المريض بعد
علاجه .

والهدف قريب المدى الذى يسعى الاخصائى الاجتماعى لتحقيقه هو تخفيف التوترات الداخلية التى يعانى منها المريض النفسى نتيجة اصابته بالمرض اما هدفه بعيد المدى فهو مساعدة المريض النفسى على تحسين ادائه الاجتماعى من خلال توظيف قدراته والعودة الى ممارسة ادواره المختلفة بصورة جيدة .

اما الانشطة التوعوية التى يجب ان يقوم بها الاخصائى الاجتماعى فهي :

١ - دراسة شاملة عن المريض النفسى (بيئته الاجتماعية - علاقاته - التاريخ التطورى للاصابة بالمرض ، رد الفعل لدى افراد الاسرة ، الاثر المتبادل بين المريض النفسى والظروف الاسرية) . وذلك لكى تتحقق فردية حالة المريض النفسى .

٢ - مساعدة الفريق العلاجى على فهم العوامل الاجتماعية والاقتصادية والانفعالية المؤثرة على المريض النفسى والمتأثرة به ، ويتطلب ذلك أن يكون لدى الاخصائى الاجتماعى معلومات طبية مبسطة عن الامراض النفسية .

٣ - مساعدة المريض النفسى وامرته على فهم هذه العوامل وكيفية التعامل معها .

٤ - اعداد الاسرة لاستقبال المريض النفسى بعد علاجه طبيا من خلال توعية الاسرة لتقبل المريض النفسى وتهيئة الجو النفسى والعاطفى والاجتماعى له فى الاسرة وايضا فى مكان عمله او دراسته لتعديل توقعات الآخرين عن ادواره ، لانه قد ثبت من خلال الدراسات المختلفة والخبرة العملية أن الاسرة دور فى الاصابة بالمرض النفسى سواء اكان هذا الدور عن قصد او بدونه وبالتالى فينبغى عدم اهمالها عند تقديم العلاج .

٥ - الاستثمار الفعال لموارد المجتمع لمواجهة احتياجات المرضى النفسيين واسرهم ويتضمن ذلك خلق فرص عمل جديدة وتأهيل المرضى لها واعادتهم لآعمالهم ويتطلب ذلك ايضا ان يلم الاخصائى الاجتماعى ببعض قوانين وانظمة التأهيل الاجتماعى والاسر المنتجة وقوانين العمل .
ومما هو جديد بالذكر ان معرفة الاخصائى الاجتماعى بمصادر الخدمات لاتعنى قدرته على تقديم الخدمة للمريض النفسى وانما يساعده على تسهيل الاجراءات .

٦ - متابعة حالة المريض النفسى بعد العلاج فى مكان عمله او دراسته واسرته . للتعرف على جدوى العلاج والتعرف على اى تغييرات فى سلوكه حتى لاتحدث انتكاسة للحالة ، وذلك من خلال التعاون مع الاخصائين الاجتماعيين فى مجال العمل او الدراسة ، ويستخدم الاخصائى لاداء دوره الاساليب العلاجية التى تناسب تعديل السلوك والتقنيات الفنية فى خدمة الفرد مثل (سيكولوجية الذات - العلاج الاسرى - نظرية الدور - العلاج المعيطى - العلاج بالساعة : : الخ) .

ثانيا : دور الاخصائى الاجتماعى فى العمل مع الجماعات :
ان تهيئة الفرصة للمريض النفسى عادات وهوايات وتنمية مهارات مفيدة ونافعة يمكن ان يكون من بين افضل طرق العلاج الاجتماعى ويقع ذلك ضمن دائرة طريقة العمل مع الجماعات .

ويختلف العلاج الجماعى عن طريقة العمل مع الجماعات ، حيث ان العلاج الجماعى هو " احد وسائل العلاج النفسى التى تستخدم لعلاج بعض الامراض الانفعالية والعقلية " (١)

كما انه " يهدف الى تقديم مؤثرات علاجية صممت لتوجيه جهود الافراد نحو القيام باوجه نشاط مفيدة او لتصفية الصراعات النفسية بحيث تتحول الى اسلوب طبيعى من اساليب الحياة " . (٢)

ويعرف العلاج الجماعى ايضا بانه " اسلوب مهني يتبعه اخصائى الجماعة مع الاعضاء سيىء التكيف بهدف الاستفادة من الخبرة الجماعية فى تعديل سلوكهم " . (٣)

اما خدمة الجماعة فهى عملية تربوية اصلا وتعمل على نمو الافراد والجماعات وتغيير المجتمعات وتحقيق الاهداف الاجتماعية المبتغاة ، وتعنى خدمة الجماعة النفسية . Psychiatric group Work او خدمة الجماعة العلاجية . Theraputic انها استخدام خدمة الجماعة كطريقة للعمل مع جماعات المرضى فى مؤسسة العلاج النفسى ونجد ان اخصائى الجماعة هو جزء من فريق العلاج النفسى . (٤)

(١) محمد شمس الدين احمد ، العمل مع الجماعات فى محيط الخدمة الاجتماعية ، مطبعة مؤسسة يـسـرم المستشفيات لتأهيل المعوقين ، القاهرة ، ١٩٨٣ ، ص ٣٣ .

(٢) محمد ابر العلا احمد ، علم النفس ، مرجع سبق ذكره ، ص ٣٢٤ .

(٣) عبد الحميد عبد المحسن عبد الحميد ، خدمة الجماعة أسس وعملات ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، القاهرة ، ١٩٨٨ ، ص ٤٧ .

(٤) محمد شمس الدين احمد ، العمل مع الجماعات فى محيط الخدمة الاجتماعية ، مرجع سبق ذكره ، ص ٣٣ - ٣٤ .

اما الانشطة النوعية التى يجب ان يقوم بها الاخصائى الاجتماعى فهي :

- ١ - توجيه واستخدام جماعات المرضى النفسيين والبرامج كاداة فى إطار خدمة الجماعة لتكوين مفهوم جديد عن الذات لدى المريض النفسى لتكون لديه القدرة على تحمل الصدمات والانفعالات والمشكلات التى قد تقابله فى حياته .
 - ٢ - تخفيف حدة التوتر والقلق لدى المريض عن طريق حلقات المناقشة والبرامج والانشطة الجماعية .
 - ٣ - تكوين الجماعات القروية لتنظيم اوقات الفراغ واستثمارها لتنمية العلاقات الاجتماعية وجذب المرضى الانطوائيين الذين لا توجد لديهم الرغبة فى المشاركة مع الجماعة .
 - ٤ - القيام بعمليات التوعية باسباب المرض النفسى ودور الاسرة فى العلاج واساليب المعاملة الصحيحة للمرضى من خلال تكوينه لجماعات من اسر المرضى .
- " وقد اثبتت احدى الدراسات وجود علاقة ايجابية بين استخدام طريقة خدمة الجماعة فى مجال العلاج النفسى الجماعى وزيادة درجة التوافق النفسى والاجتماعى لمرضى العصاب " (١) .
- " كما اكدت نتائج دراسة اخرى ان طريقة العمل مع الجماعات يمكن ان تسهم فى اعادة التكيف الاجتماعى لمريض العصاب " (٢) .
- لذلك فان الجماعة يمكن ان تستخدم كاداة علاجية يمكن من خلالها مساعدة الافراد الذين يعانون من امراض نفسية من خلال احداث التفاعل الجماعى

(١) ابنسام راشد ، العلاقة بين استخدام طريقة خدمة الجماعة فى مجال العلاج النفسى وزيادة النفسى والاجتماعى ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٧٦ .

(٢) محمد بهاء الدين بدر الدين ، العمل مع الجماعات فى محيط الخدمة الاجتماعية مع المرضى العقليين ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة طحوان ، ١٩٧٨ .

وتوجيه الاخصائى الاجتماعى لهذا التفاعل باستخدام اوجه التعبير المختلفة فى البرنامج (كالمناقشة الجماعية - المشروع الجمعى الرحلات - الندوات - حفلات السمر - المعسكرات) .

ثالثا : دور الاخصائى الاجتماعى فى العمل مع المجتمع المحلى :
تتعدد مداخل الممارسة فى تنظيم المجتمع ، ويعد مدخل حل المشكلات...
Community Problem solving approach من وجهة نظر المؤلف مناسبة
يمكن ان يعتمد عليه الاخصائى الاجتماعى (المنظم الاجتماعى) فى تقديم
المساعدة للمرضى النفسيين .

والمقصود بحل المشكلة : " هو التدخل المقصود الذى يؤدى الى قيام
الناس من خلال منظمات لمواجهة مشكلة محلية معينة " (١) .

ويحدد سبيرجل مراحل عامة لعملية حل المشكلة وهى : (٢)

- ١ - مرحلة تحديد المشكلة .
- ٢ - مرحلة الدراسة .
- ٣ - مرحلة التحليل .
- ٤ - بلورة الاهداف .
- ٥ - تخطيط عملية التدخل (وضع برنامج التدخل) .
- ٦ - مرحلة التدخل .
- ٧ - التقييم والارجاع .

(1) I rving A. Spergel, Community Problem Solving, the delinquency
Problem- Chicago, the university of chicage Press, 1967, P.3 .

(2) Ibid, PP, 3 - 4 .

وطبقا لمدخل حل المشكلة — وبالتطبيق على المجال النفسى — فان الاخصائى الاجتماعى يجب أن يتعرف على المشكلات التى يعانى منها المرضى النفسيون ، وخصائصهم والجهود التى بذلت من قبل لمواجهة مشاكلهم ، ويضع اهدافا لعملية المساعدة ويخطط للعمل على الوقاية والعلاج من خلال التوصل الى حلول المشكلة التى يعانى منها هؤلاء المرضى ، كما انه يقوم بعملية تقويم مستمرة لجهوده .

اما الأنشطة التى يجب ان يقوم بها الاخصائى الاجتماعى فتشمل ما يلى :

١ - ايقاظ الوعي لدى افراد المجتمع بحقيقة الامراض النفسية وانها كالاغراض الجسمية يمكن علاجها والتغلب عليها .

٢ - تغيير صورة هذه الامراض فى اذهان عامة الناس وانها ليست عاراً يلحق بالاسرة .

٣ - تعريف المجتمع بخدمات العيادة النفسية التى يعمل بها فى مجال الوقاية خير من العلاج بما يحقق أقصى استفادة ممكنة من وجود المؤسسة العلاجية فى المجتمع الى جانب الحصول على مساندة وتدعيم المجتمع لهذه المؤسسة .

٤ - تحقيق التنسيق والتعاون والتكامل بين العيادات النفسية الحكومية والخاصة للمساهمة فى عقد المؤتمرات والندوات لمناقشة احدث اساليب العلاج الطبى والنفسى والاجتماعى .

٥ - تنظيم جماعات عمل مهمتها التوعية داخل المجتمع بالمرض النفسى واثاره وذلك بالاستعانة بوسائل الايضاح السمعية والبصرية .

٦ - اجراء البحوث الاجتماعية المرتبطة بخصائص المرضى النفسيين وتحليل الاساليب الاجتماعية العامة التى تؤدى الى نشأة الظروف الدافعة للإصابة بالمرض النفسى عن طريق تحليل العوامل والظروف الطارئة فى

المجتمع كالتغيرات المادية والتكنولوجية وعوامل التحضر والتصنيع وغيرها التي لم يستطع الانسان التواكب معها .

رابعاً : دور الاختصاصي كعضو في الفريق العلاجي بمؤسسات الصحة النفسية :
ان عملية العلاج من المرض النفسي تقتضى النظر لشخصية الانسان من منظور متكامل كجسم ونفس وبيئة ، مما ادى الى اشتراك اكثر من تخصص في العلاج من المرض النفسي .

ويعرف العمل الفريقى بأنه " العمل الذى يؤديه مجموعة من الافراد لهدف واحد محدد ويجمع بينهم ليس فقط للتعاون فى الاداء بل يشمل احساس افراد الفريق بالاحتياج لبعضهم البعض وتقدير الخبرات العلمية للتخصصات المختلفة المشاركة فى تنفيذ العمل ، ويتجدد دور عضو الفريق من منظور العمل الذى يقوم به وكذلك من منظور وروية باقى اعضاء الفريق " (١)

كما يعرف ايضا بأنه : (٢)

١ - يضم العمل الفريقى عدداً من المتخصصين لكل منهم دوره المتميز فى هذا العمل .

(١) احمد حنفى محمود ، العمل الفريقى للخدمات الصحية بالمستشفيات ، دور موقع الاختصاصي الاجتماعى الطبى ، بحث منشور فى المؤتمر العلمى الرابع (بيناميات العمل الفريقى فى مجالات ممارسة الخدمة الاجتماعية) ، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم ، جامعة القاهرة ، ٢٣ - ٢٥ ابريل ١٩٩١ ، ص ١١٦ .

(٢) رفعت عبد الباسط محمود ، دراسة تقييمية لنور الاختصاصي الاجتماعى مع فريق العمل فى مجال رعاية الشباب ، بحث منشور فى المؤتمر العلمى الرابع لكلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم ، جامعة القاهرة ، ٢٣ - ٢٥ ابريل ١٩٩١ ، ص ١٥٤ .

- ٢ - يتعاون الجميع في تحقيق اهداف العمل الفريقى .
- ٣ - يستفيد كل عضو من اعضاء الفريق بخبرات ومهارات العضو الاخر .
- ٤ - يشارك كل عضو من اعضاء الفريق فى وضع خطة العمل والاشتراك فى التنفيذ .

وأهمية العمل الفريقى أنه يضم فريقاً متنوعاً من التخصصات وبالتالى يعمل كل عضو من خلال اطار مرجعى للمعلومات يختلف عن الآخر ولكن بأجتماع اعضاء الفريق فى صورة لقاءات مشتركة يدلى كل عضو بوجهة نظره المتخصصة بحيث يتم وضع افضل الخطط العلاجية من مختلف الجوانب ، ويتطلب العمل الفريقى من الأخصائى الاجتماعى مايلى : (١)

- ١ - أن يدرك دوره بوضوح وعلاقته بباقى اعضاء الفريق .
- ٢ - أن يدرك الاستفادة من الأعضاء الآخرين وذلك بعرض نتائج عمله مع الحالات ومناقشة الصعوبات وتبادل الخبرات بكل تعاون وثقة .

ومما سبق يتضح أن العمل الفريقى فى المجال النفسى يمكن ان يأتى بنتيجة فعالة لو قام كل عضو من اعضاء الفريق العلاجى بدوره على اكمل وجه ، وتتميز ممارسة الخدمة الاجتماعية فى المجال النفسى بأن الاخصائى الاجتماعى لديه القدرة على الاتصال بكافة الموارد التى يمكن استثمارها لصالح المرضى سواء اكانت هذه المصادر او الموارد تعمل معه فى نفس المؤسسة العلاجية او فى اى مكان اخر وبالتنسيق بين أعضاء الفريق العلاجى .

(١) اقبال الامير السمالوطى ، معوقات ممارسة الخدمة الاجتماعية فى مجال تعاطى المخدرات ، بحث منشور ، المؤتمر العربى الاول ، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية ، بالقاهرة ، ١٢ - ١٦ ديسمبر ١٩٨٨ ، ص ص ٦٣ - ٦٤ .

لماذا دخلت الخدمة الاجتماعية في مجال الأمراض النفسية ؟

تعد مشكلة الاضطراب العقلي من المشكلات الخطيرة التي تواجه المجتمعات، نظراً للاعداد المتزايدة من افراد المجتمع الذين يتعرضون لها والذين من المتوقع تزايدهم تدريجياً كلما تزايدت ضغوط الحياة . (١)

ويسود في مصر ، بل وفي العالم كله نموذج رئيسي في التعامل مع هذه المشكلة هو النموذج الطبي ومن خلال تخصص معين به هو الطب النفسي ، انطلاقاً من فكرة مؤداها ان الاضطراب العقلي هو مرض ، وبالتالي فالمنوط بتشخيصه وعلاجه اساساً هو الطبيب ، وضمن مؤسسات طبية هي مستشفيات وعيادات الطب النفسي . (٢)

الا انه قد ظهرت انتقادات عديدة للفكرة السابقة ، شكلت مايسمى بحركة مضادة للطب النفسي ... Anti-Psychiatry Movement ومن الغريب ان هذه الحركة نشأت اصلاً داخل الطب النفسي ذاته ، ومع ذلك فقد رفضت بشكل حاد وكامل كل ما جاء بالطب النفسي ذاته بشأن المرض العقلي وتعلقاته من تشخيص وتسميات للأمراض وما وضعه لها من علاجات وادوية ، ثم تشعب انصار هذا الإتجاه ، فمنهم من ركز على اهمية تغيير الأساليب ومنهم من دعى لتغيير الاتجاهات، والبعض الثالث اهتم بالجانبين . (٣)

(١) عبد العزيز فهمي النوحى ، نقد النموذج الطبي في تفسير السلوك غير السوى ، بحث منشور ، المؤتمر العلمى الثالث ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٩ - ١١ ديسمبر ١٩٨٩ ، ص ٧٨ .

(٢) المرجع السابق ، نفس الصفحة .

(٣) عبد العزيز النوحى ، المرجع السابق ، نقلاً عن :

- Finkel N. Mental Illness & Health Its legacy, Tention and changes, N. Y., Macnillan Publishing Co., Inc, 1976, P. 110.

وقد كانت الفكرة المحورية التي يدور الجدل حولها هي : هل السلوك الشاذ والغريب الصادر عن بعض الافراد يعبر عن وجود مرض كامن وراءه ، وبالتالي فمن يصدر عنهم هذا السلوك هم مرضى يدخلون ضمن نطاق التخصص الطبى ؟ ! ام ان هذا السلوك الشاذ هو مجرد سلوك راجع لضغوط الحياة ولا علاقة له بالمرض بمعناه التقليدى وبالتالي فتمة انساق اخرى غير طبية هي الاجدر بالتعامل معه !

ونحن نرى ان السلوك الشاذ او غير السوى انما هو سلوك متعلم يمكن تعديله وتغييره الى الافضل وإذا لم يكن هناك اضطراب فى وظائف الاعضاء فإن الخدمة الاجتماعية كمهنة تتعامل مع الاسوياء وغير الاسوياء يمكنها أن تقدم مساهمة كبيرة فى هذا المجال ، اما ان كان الاضطراب فى السلوك يرجع إلى خلل فى وظائف الاعضاء فلا بد للنموذج الطبى ان يكون له نصيب فى العلاج ، ولكن ليس هو بمفرده الذى يستطيع ان يقدم العلاج المتكامل .

العلاقة بين الصحة النفسية والتنمية :

قبل البدء فى توضيح العلاقة بين الصحة النفسية والتنمية ، فسوف نوضح ماهى الصحة النفسية ؟ تعرف الصحة النفسية بأنها " التوافق التام او التكامل بين الوظائف المختلفة ، مع القدرة على مواجهة الازمات النفسية العادية التى تطرأ على الانسان ومع الاحساس الايجابى بالسعادة والكفاية " .^(١)

كما تعرف بأنها : " تتمثل فى شعور الفرد بالرضا والاستقرار مع نفسه ومع الناس وتظهر الصحة النفسية فى شكل احساس — يترجم إلى سلوك — من

(١) عبد العزيز القوصى ، أسس الصحة النفسية ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة ، ١٩٧٥ ، ص ٦ .

جانب الفرد بالسعادة والأيجابية والقدرة على مواجهة المواقف والمشكلات التي تقابل الفرد في مختلف نواحي حياته والتوافق والتكيف السوي معها".^(١)

ومن التعريفين السابقين يمكن استخلاص مايلي :

- ١ - ان التوافق والتكيف السوي للفرد يتمثل في قدرة الفرد على مواجهة الظروف غير المناسبة والتعايش معها ويعد ذلك أساساً ومظهراً للصحة النفسية .
- ٢ - تعد السعادة والرضا والأيجابية مظهراً أساسياً على كل فرد يتمتع بقدر مناسب من الصحة النفسية .
- ٣ - الفرد الذى يتمتع بالصحة النفسية يستطيع مواجهة المواقف الصعبة والمشكلات التي تصادفه في الحياة وإيجاد الحلول المناسبة لها .
- ٤ - للصحة النفسية ليست هي الخلو من الأمراض بقدر ما هي مظهراً لقوة شخصية الفرد واستثماره لامكانياته .

ولما كان المريض النفسى لا يستطيع القيام بأدواره الاجتماعية "لما يحدث له من عجز في البناء النفسى ينعكس على دوره الاجتماعى والاقتصادى ويحد من قدرته على أدائه على الوجه المرجو"^(٢) فإن مساعدة الأخصائى الاجتماعى للمريض النفسى كما اكدت احدى الدراسات تؤدي إلى زيادة قدرة المرضى النفسيين على اداء ادوارهم . لذلك فحينما يصاب أحد أفراد المجتمع بالمرض النفسى فإن ذلك يمثل عائقاً لدوره الانتاجى فى المجتمع .

(١) على احمد على ، الاسس النظرية والتطبيقية للصحة النفسية ، مكتبة عين شمس ، القاهرة ، د . ت ، ص ١٠ .

(٢) وفاء محمد لطفى ، العلاقة بين توفير العلاج الاجتماعى وتطور حالات الاكتئاب، مرجع سبق ذكره، ص ٤ - ١٢ .

ولما كانت التنمية تعتمد على الجهود البشرية - بجانب عناصر أخرى متعددة - فإن إصابة أفراد المجتمع بالمرض النفسي - سوف يؤثر على عملية التنمية، وتمتعهم بالصحة النفسية سيؤدي إلى رفع كفاءتهم الانتاجية .

" فالعلاقة بين التنمية والصحة وثيقة الصلة ، وتتضح من الفوائد الكبيرة التي تصبغها التنمية الاقتصادية والاجتماعية على الناحية الصحية ، ولا يخفى على أحد أن انتشار الأمراض وانخفاض مستوى الرعاية الصحية يعكس أثراً سلباً على كل جهود التنمية ، ويشكل تهديداً للقوى العاملة ويعرقل التقدم الاقتصادي والاجتماعي في المجتمع " (١) . ولذلك فإن الاهتمام بالصحة عموماً والصحة النفسية خصوصاً يعد استثماراً تنموياً لامكانيات وموارد المجتمع البشرية التي هي عماد التنمية الاقتصادية والاجتماعية .

(١) اقبال محمد بشير ، اقبال ابراهيم مخلوف ، الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، د . ت ، ٢ ص ص ١٤ - ١٧ .

الفصل الثامن

العلاج الأسرى فى المجال النفسى

- مقدمة .
- نشأة العلاج الاسرى .
- دواعى الإهتمام بالأسرة والعلاج الأسرى فى المجال النفسى .
- مفاهيم العلاج الأسرى .
- المشكلة من منظور العلاج الأسرى .
- أنماط الاسر كما يراها المعالجون الأسريون .
- العلاقة المرضية ثلاثية الابعاد ودورها فى حدوث المشاكل الاسرية .
- إستراتيجيات العلاج الاسرى .
- مراحل العلاج الاسرى ودور المعالج الاسرى .
- الانتقادات الموجهة للعلاج الاسرى .
- تعقيب ووجهة نظر .

العلاج الاسرى .. The Family therapy

مقدمة :

تعد الاسرة هي الخلية الرئيسية في المجتمع ، وعليها يقع العبء الاكبر في تربية افرادها والقيام بعمليات التنشئة الاجتماعية لهم، ويشارك الاسرة الان في تحقيق وظيفتها العديد من المؤسسات التربوية والاجتماعية . ونتيجة للتغيرات السريعة التي طرأت على المجتمعات كالتقدم التكنولوجي السريع وعوامل التحضر والتصنيع فقد تقلصت وظائف الأسرة ونتج عن هذا التقلص العديد من المشكلات والانحرافات في سلوك الابناء كإدمان المخدرات وانتشار الجرائم التي لم يألّفها المجتمع من قبل كالاغتصاب وقتل الآباء والأبناء وزيادة معدل الإصابة بالمرض النفسي وغيرها.

فالأسرة إذا قامت بوظائفها المنوطة بها خير قيام كانت ولاشك نتيجة تلك التربية ذات ثمره طيبة تعود على المجتمع بالخير ، أما إذا واجهت الأسرة مشكلات ووقفت في طريقها معوقات تعرقل أدائها لوظائفها فهنا تعجز الاسرة عن تحقيق أهدافها تجاه الاستقرار والأمن النفسي والاجتماعي لأعضائها والخدمة الاجتماعية كمهنة يمكنها المساهمة في الوقاية والعلاج من المشكلات الأسرية وأصبحت بفضل جهود ممارسيها والباحثين فيها يحاولون أن يطوروا من أساليب الممارسة ويستحدثوا أساليب أخرى جديدة لم تكن موجودة من قبل استجابة للنتائج التي يتوصلون إليها من خلال البحث والممارسة . ومن بين الأساليب المستحدثة في الممارسة .. أسلوب العلاج الاسرى ، ذلك الاتجاه الحديث والذي يركز على الاسرة كلها (وليس على الشخص المريض أو الذي يعاني من مشكلة) هي التي يجب أن تتناول العلاج نظراً لتأثيرها على شخصية أفرادها .

نشأة العلاج الأسرى :

اختلفت وجهات النظر فى أسباب نشأة العلاج الاسرى فى الولايات المتحدة الأمريكية، فهناك فريق من الباحثين يرى أن العلاج الاسرى نشأ نتيجة للتغيرات التى طرأت على المجتمع وتمخض عن هذه التغيرات انحرافات سلوكية كثيرة فى سلوك الأبناء، وفريق آخر يرى أن العلاج الاسرى إنما نشأ بسبب تلك الانتقادات التى وجهت إلى الاتجاه التقليدى الذى يركز على العميل فقط الاتجاه النفسى الاجتماعى ، وإن تطرق للأسرة وإنما يتطرق إليها ليتعرف على شخصية الفرد فقط ، ولذلك فإنه ينبغي أن توسع خدمة الفرد من نطاق عملها .

" ولقد نشأ العلاج الأسرى فى أمريكا فى الخمسينات فى محيط الطب النفسى والخدمة الاجتماعية وقد اكتمل بناؤه الاساسى فى نهاية الستينات ، وأزداد الاهتمام به فى عام ١٩٧٠ - من مجموعة فى مجال الطب النفسى حينما كان العلاج الأسرى موضوعاً لتقريرهم السنوى" . (١)

وقد أنشئت عدة مراكز متخصصة فى العلاج الاسرى مع بداية الستينات فى مدن أمريكية متعددة وقد سعت هذه المراكز إلى تحقيق هدفين مترابطين هما : (٢)

- ١ - إحداث تغييرات فى سلوك الفرد المضطرب داخل بيئة الاسرية .
- ٢ - تخفيف حدة التأثير السلبى للأفراد المحيطين على سلوك الشخص المريض مع توضيح نوع التفاعلات والاتصالات الأسرية الناجحة .

(1) Skinner, S.W., Family therapy. the treatment of natural systems, op. cit, P.2.

(2) Goldenberg, I. and H. Goldenberg, Family therapy an everview, california a Brook, cole publishing company, 1980, p.85 .

دواعى الإهتمام بالأسرة وبالعلاج الأسرى :

لاشك أن للأسرة دور كبير فى تحقيق الأمن النفسى والاجتماعى لأفرادها ، ويتحقق هذا الهدف من خلال قيام النسق الأبوى (الأب والأم) بواجباتهما تجاه الأبناء، ولذلك فهناك بعض العوامل التى تبرر الإهتمام بالأسرة وباتجاه العلاج الأسرى وأهمها مايلي :

- ١ - أن الأسرة هى الخلية الأولى فى المجتمع التى يناط بها تنشئة أفرادها مهما شاركها غيرها من مؤسسات فى ذلك .
- ٢ - التغيرات السريعة التى حدثت فى المجتمع والانحرافات والجرائم مرجعها الخلل فى بناء ووظيفة الأسرة .
- ٣ - تؤكد الدراسات التى أجريت على الأسرة أنه لا بد من الإهتمام ببحوث الأسرة ، وذلك نظراً لما تمر به الأسرة المصرية من تغيرات فى الوقت الحاضر من آثار غير محمودة العواقب على التنشئة الاجتماعية للأبناء .
- ٤ - تؤكد العديد من الدراسات أن الأسرة لا تشترك ولا تساعد على العلاج الذى ليست هى طرفاً فيه وقد تعوق تنفيذه .
- ٥ - قد يكون العميل (المريض) عرضاً لمشاكل نسق الأسرة ، وبالتالي فإن الأسرة هى التى ينبغى أن يقدم لها العلاج .
- ٦ - الملاحظة المستمرة خلال العمل مع العديد من الحالات فى المجالات المتعددة تؤكد أن العديد من المشكلات الاجتماعية والنفسية تلعب الأسرة دوراً كبيراً فى أحداثها ، وبالتالي فإنه ينبغى أن تتال الأسرة قسطاً من العلاج جنباً إلى جنب مع المريض الذى أتى للمؤسسة ، بل يجب إعتبارها هى المريضة (من منظور العلاج الأسرى) .
- ٧ - ما كشفت عنه الحركات العلمية ودراسات الصحة النفسية من وجود علاقة بين أنماط التفاعل والعلاقات الاسرية وبين ما يصاب به الأبناء من اضطرابات نفسية أو ما يتعرضون له من انحرافات سلوكية .

٨ - توصى إحدى الدراسات بضرورة التوسع في اختبار اتجاه العلاج الأسرى في مجالات أخرى .^(١)

المشكلة من منظور العلاج الأسرى :

ينظر العلاج الأسرى إلى أن المشكلة لا ترجع إلى العميل فقط " بل أن الأسرة كلها تعتبر هي المريضة أو الحالة التي تتطلب العلاج ، ويتطلب هذا المعنى نظرة جديدة للأمراض النفسية ونظرة جديدة للإنسان كما يتطلب أساليب جديدة للدراسات والعلاج " .^(٢)

" ولقد لاحظ المعالجون في مجال العلاج النفسي الأسرى وخاصة في ميدان القسام النفسي أو الاسكيزوفرينيا .. Schizophrenia أنهم حينما يعالجون الفرد المصاب بعيداً عن الأسرة ، فإن أجزاء أو جوانب هامة في المشكلة الكلية للمريض تظل غير واضحة ، ولاحظوا أن الأسرة غالباً لاتهتم كثيراً بالعلاج الذي ليست هي طرفاً فيه ، وأنه من النادر أن يستمر التقدم الذي يحققه العلاج الفردي إذا تم ذلك العلاج بعيداً عن الأسرة ، ولاحظوا كذلك أن التقدم يحدث فقط عندما تسمح العلاقات الأسرية بهذا التقدم ، والا فإن كل الجهود تنهار وينقص المريض على عقبيه ويعود إلى حالته المرضية " .^(٣)

وبناء على ذلك فإن المشكلة هي في طبيعة العلاقات والتفاعلات غير السوية وتأثيرها على شخصية المريض .

(١) عبد الناصر عوض احمد جبل ، العلاقة بين ممارسة أسلوب العلاج الأسرى مع حالات النزاعات الزوجية وبين الاداء الاسرة لوظائفها ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٥ ، ص ٣٦٨ .

(٢) حامد عبد العزيز الفقى ، مفاهيم العلاج النفسي الأسرى وانماط التفاعل داخل الاسرة المريضة ، النشأة والتطور ، مرجع سبق ذكره ، ص ٩ .

(٣) المرجع السابق ، ص ص ٩ - ١٠ .

مظاهر الاختلاف بين العلاج الأسرى وكلا من الفردي والجماعي :

يختلف العلاج الفردي عن العلاج الأسرى ، وإذا أخذ في الاعتبار أربعة مظاهر عامة لأي جلسة علاجية أو اتفاق علاجي لاتضح مدى اختلاف العلاج الأسرى عن كل من العلاج الفردي والعلاج الجماعي ، ففي العلاج الفردي يحدث الاتصال في نطاق اثنين فقط هما الأخصائي الاجتماعي والعميل وتكون التدخلات العلاجية عادة لفظية ، وتتركز بؤرة الاهتمام العلاجية في الحياة النفسية للعميل والهدف العلاجي الأساسي هو نمو الفرد ، وفي العلاج الجماعي يكون الاتصال تفاعلياً والتدخلات العلاجية عادة لفظية وبؤرة الاهتمام الأساسية للعلاج هي الجماعة والهدف الأساسي للعلاج هو نمو الفرد في نطاق علاقاته بالآخرين ، ويختلف العلاج الأسرى في كل هذه المظاهر حيث أن الاتصال به تبادلياً يركز على أساليب المعاملة خلال الجلسة العلاجية ، والتدخلات غالباً لفظية وغير لفظية ، وتتركز بؤرة الاهتمام العلاجية في نسق الأسرة التبادلي The Family's transactional system أكثر من كونها تغيرات في سلوك أعضاء أحد النسق^(١).

أنماط الأسرة كما يراها المعالجون الأسريون :

قسم بعض المعالجون الأسريون الأسرة إلى مايلي : (٢)

١ - أسر سليمة (غير المرضية) .

٢ - أسر غير سليمة (المرضية) .

وفيما يلي عرضاً لخصائص كلا من النوعين :

أولاً : خصائص الأسر السليمة (غير المرضية) :

١ - تتسم نماذج الاتصال المستخدمة في الأسرة بالوضوح وأمانة التعبير .

(1) Skinner, S.W., Family therapy. the treatment of natural systems, op. cit, P.5- 6 .

(٢) محمد شريف صفر ، وآخرون ، نحر بناء النظرية في خدمة الفرد ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٥٤ -

- ٢ - يسود العلاقات الاسرية جو من الحب والتعاطف ويهتم كل فرد بالآخرين .
- ٣ - قوة التوجيه والقيادة فى الأسرة تكون فى سلطة الوالدين وهى قيادة حكيمة بعيدة عن التسلط .
- ٤ - كل عضو فى الأسرة يشعر بشخصيته وكيانه داخل نسق الأسرة ويساعد ذلك الأسرة على تحقيق وظائفها الاجتماعية على أكمل وجه .
- ٥ - تخلو الأسرة من التحالفات المرضية ويعرف كل فرد فيها دوره .
- ٦ - قواعد وحدود الأسرة واضحة ومفهومة لكل أعضاء النسق .
- ٧ - تخلو الأسرة من السيطرة والصراع والتحكم .

ثانياً : خصائص الاسر غير السليمة (المرضية) :

تنقسم الاسر غير السليمة إلى ثلاثة مستويات يمكن الإشارة إليها على النحو التالى :

- أ - المستوى الأول من الاسر غير السليمة : وأهم خصائصها مايلى :
 - ١ - وهذا المستوى يلى الاسر السليمة فى تكيفها ، وحدود هذه الاسر واضحة ومعروفة ويحاول أعضاء الأسرة الحفاظ عليها .
 - ٢ - يعرف أعضاء الأسرة حدود مسئولياتهم ، وقد توجد بعض الصراعات التى لم تحل داخل الأسرة .
 - ٣ - التحالف الأبوى الذى يشمل الزوج والزوجة (الأب والام) اقل قوة عنه فى الاسر السليمة .
 - ٤ - درجة الحب والتعاطف والتألف بين أعضاء الأسرة اثنى من الأسرة السليمة .
 - ٥ - يشوب العلاقات نوع من التوتر وعدم الاستقرار والاعتمادية على الآخرين .
 - ٦ - يوجد لدى افراد هذه الاسر القليل جداً من الاعتزاز بالرأى الشخصى واحترام آراء الآخرين .

وبصفة عامة لدى هذه الاسر الشعور بالمسئولية وتنشئ ابناءها تنشئة سليمة، وتحاول هذه الاسر النجاح في رسالتها ، ومعظم اسر المجتمع تدخل في هذه الفئة ، ولاتأتى الحالات الاسرية للعلاج غالباً من هذه الاسر .

ب - المستوى الثانى من الاسر غير السليمة

ومن أهم خصائصها ما يلى :

- ١ - تواجه هذه الاسر صعوبات كثيرة في حياتها اليومية كل يوم أثناء تأديتها لوظائفها .
- ٢ - لدى أطفال هذه الاسر شعوراً عاماً بالقلق والاكتئاب وأسلوب تفكيرهم غير ملائم .
- ٣ - التحالف الابوى داخل هذه الاسر مهتز وغير قوى أو مؤثر .
- ٤ - لا تقبل هذه الاسر التغيير إذا واجهت الاسرة موقف جديد يستدعى التغيير .
- ٥ - يشوب التفاعل والعلاقات بين أعضاء هذه الاسر الصراع الخفى والتنافس .
- ٦ - تبنى هذه الاسر صورة سيئة لدى أطفالها عن صورة الرجل والمرأة في المجتمع ، فالرجل هو الشخص القوى العدواني ، والمرأة هي الشخص الضعيف .
- ٧ - قد تستخدم هذه الاسر العنف لغرض السيطرة على الاسرة .
- ٨ - أحياناً قد لا تتبع قواعد الاسرة في المواقف التي يجب اتباعها فيها .
- ٩ - تحدث تحالفات مرضية غير ثابتة ، فأحياناً يكون الابناء مع الاب ضد الام ، وأحياناً يكون الابناء مع الام ضد الاب .
- ١٠ - يقضى الاءاء فى هذا النوع من الاسر وقتهم خارج نطاق الاسرة ليجدوا التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم حيث لا يوجد اهتمام بهذه المشاعر داخل المنزل .
- ١١ - يكون سلوك ابناء هذه الاسر غير مرغوب اجتماعياً .

١٢ - يكثر فى هذه الاسر التهديد بالانفصال والانتحار .

ج - المستوى الثالث من الاسر غير السليمة :

يمثل هذا النوع من الاسر القدر الاكبر من رواد العلاج الاسرى ، وأهم خصائص هذه الاسر ما يلى :

- ١ - يشوب هذه الاسر الجمود وعدم المرونة ، ومن الصعوبة تغيير انماط التفاعلات والعلاقات داخلها .
- ٢ - مواجهة الاسرة لضغوطها تكون غير فعالة .
- ٣ - بناء القوة فى هذه الاسر غير واضح وضعيف .
- ٤ - اساليب الاتصال وتبادل المعلومات والخبرات داخل الاسرة غير واضحة وغير مؤثرة .
- ٥ - لا يوجد تحديد واضح للدوار والمسئوليات بالنسبة لافراد هذه الاسر .
- ٦ - التحالف الابوى ضعيف وليس له أى تأثير أو قوة مع عدم وجود القيادة داخل هذه الاسر .
- ٧ - لا يوجد اتفاق على أهداف الاسرة وينعدم الاهتمام المتبادل بين أعضائها .
- ٨ - لدى أعضاء هذه الاسر الكثير من مشاعر الاحباط والغضب وعدم الاقتناع .
- ٩ - لا يوجد استقلالية داخل هذه الاسر .
- ١٠ - يوجد صراع على السلطة والتحكم فى الاسرة .
- ١١ - يلجأ أطفال هذه الاسر للهروب إلى الخارج ويتعرضون للانحراف .
- ١٢ - معظم الشخصيات سيئة التكيف الاجتماعى يأتون من هذه الاسر ، ويتسم سلوك أفرادها بالعدوانية الدائمة فى التعامل مع الآخرين .

التحالفات المرضية وعلاقتها بحدوث الاضطرابات الاسرية :

الاسرة السوية هي الاسرة التي يوجد فيها نوع من التفاعلات السليمة والعلاقات الجيدة والتماسك بين أفرادها والتي يقوم كل فرد بدوره على أكمل وجه وإذا تعرض أحد أفرادها لمشكلة تجد كل أفراد الاسرة يقفون بجانبه ويساعدونه على تخطي هذا الموقف .

أما الاسرة غير السوية هي تلك الاسرة التي لا يوجد بين أفرادها تفاعلا حقيقيا أو علاقات سليمة ولا يتحمل أفرادها مسئولية الحفاظ على كيان وتماسك بنائها، ويلقى كل فرد باللوم والاختاء على غيره وبالإضافة إلى كل ذلك تجد فيها التحالفات المرضية . . Abnormal Alignment وتعني التحالفات المرضية تكتل أو اتحاد مجموعة من أعضاء الاسرة ضد فرد أو أكثر من أفرادها ، فقد نجد الاب في بعض الاحيان يتحالف مع الابناء ضد الام ، وفي أحيان أخرى يتحالف الابناء مع الام ضد الاب ، وفي هذه الحالة قد يحدث اضطراباً أسرياً وتختل عملية القيادة داخل الاسرة وتصبح الغلبة لمن يملك القوة وتعرض هذه الاسرة إلى انعدام التماسك وتفتقد الكثير من مقومات الاسرة السليمة التي تقوم بوظائفها بفاعلية وتصبح الاسرة معرضة للتفكك في بنائها وأنهيار وظيفتها الاجتماعية في تنشئة أبنائها .

ومما هو جدير بالذكر إن التحالفات المرضية قد تفيد في بعض الاحيان ، ومثال ذلك تحالف الابناء مع الام لوقف تعاطي الاب للمخدرات ، إلا أن التحالف ينبغي أن يكون مؤقتاً ويرهن بتحقيق الهدف منه .

النظريات التي يعتمد عليها العلاج الاسرى :

يعتمد العلاج الاسرى على عدد من النظريات التي تفسر سلوك الاسرة ، وتوضح أثر الاضطرابات التي يتعرض لها عضو الاسرة على النسق الاسرى ككل ،

ومن بين هذه النظريات التي يعتمد عليها العلاج الاسرى نظرية الانساق . .
Systems theory ونظرية الاتصال Communication theory^(١) .

أولا : نظرية الانساق وإسهاماتها في العلاج الاسرى :

تعد نظرية الانساق من النظريات التي تفسر بعض الجوانب التي تحدث في الاسرة ، وذلك على اعتبار ان الاسرة تمثل نسقا كبيرا يتضمن أنساقاً أخرى فرعية تعمل جميعا في تكامل وتساند وظيفي ، وهذه الانساق الفرعية هم أعضاء الاسرة وإن أى خلل يحدث في وظيفة أيا من الانساق الفرعية يترتب عليه خلا في أداء وظيفة النسق الكبير (الاسرة) .

" وتهتم نظرية الانساق بالأسرة كنسق عام به أنساقاً فرعية كالنسق الزواجي، وفي نفس الوقت فان هذه الانساق الفرعية تنظر إلى الأسرة كنسق يؤثر ويتأثر بالانساق الفرعية الأخرى في المجتمع " (٢) .

ولقد إستفاد العلاج الاسرى من نظرية الانساق في الكشف عن أبعاد المختلفة التي تؤثر على نسق الاسرة وأيضا في تفسيرها لاسباب سوء التوظيف الذي يحدث في النسق الاسرى ، وكذلك أستفاد العلاج الاسرى من نظرية الانساق في تكوين أساليب علاجية تدور حول : (٣)

- تحديد متطلبات كل وظيفة في الانساق الفرعية داخل الاسرة .

(١) زينب حسن ابو العلا ، العلاج الاسرى في خدمة الفرد كمدخل اجتماعي لتحقيق التوافق النفسى والاجتماعى للطلاب المتعاطين العقاقير المخدرة ، مجلة كلية الاداب والعلوم الانسانية ، جامعة المنيا ، مرجع سبق ذكره ، ص ١١٦ .

(٢) احسان زكى عبد الغفار ، نموذج مقترح لممارسة الخدمة الاجتماعية ، مجلة الصحة النفسية ، مجلد ٢٣ ، ١٩٨٢ ، ص ٥ .

(٣) زينب حسين ابو العلا ، المرجع السابق ، ص ١١٩ .

- تحديد متطلبات الأسرة في ضوء متطلبات كل نسق فرعي .
 - تسهيل ممارسة الأدوار بين الانساق الفرعية .
 - مناقشة المفاهيم والمتغيرات الجديدة على النسق .
 - تحديد أساليب اتصال النسق الأسري بالانساق الأخرى .
 - تحديد أساليب الاتصال المتبادلة بين الانساق الفرعية للأسرة .
 - مساعدة النسق الأسري على حسن استخدام واستثمار للموارد الأسرية
 - لأشباع احتياجات الانساق الفرعية .
- " ولقد كانت أيضا استفادة العلاج الأسري من نظرية النسق بكيفية إيجاد أساليب ممارسة للتدخل المهني من شأنها مساعدة النسق الأسري على حسن استخدام واستثمار الموارد لأشباع احتياجات الانساق الفرعية ، وأيضا إيجاد أساليب لمساعدة الأسرة على استثمار موارد البيئة الخارجية قدر الإمكان " : (١)

ثانيا : نظرية الاتصال وإنهاماتها في العلاج الأسري

" يعنى مفهوم الاتصال أنه المحتوى لكلى لمصليات التفاعل داخل الأسرة ، ومن ثم فهو يشير بصفة عامة إلى أسلوب ونمط الأسرة في الحياة ، سواء داخلها أو في تفاعلها مع المجتمع الخارجى ، فالأخصائى الاجتماعى من خلال فهم النمط الاتصالى داخل الأسرة يستطيع أن يحصل على معلومات لها أهميتها في تفهم التفاعل الأسرى المرغوب وغير المرغوب ، وكذلك أقطاب الاضطراب الاتصالى داخل الأسرة الذى يساعد على التشخيص السليم لمشاكل النسق والتفاعلات والاتصالات داخل وخارج النسق الأسرى " : (٢) .

(١) كوثر محمد الحسينى ، العلاقة بين حجم الأسرة والمشكلات المدرسية لتلاميذ مرحلة التعليم الاساسى ودور خدفة الفرد فى علاج تلك المشكلات ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٥ ، ص ٧٧ .

(٢) زين العابدين محمد على رجب ، الاضطرابات السيكوسوماتية بين اسلوبى العلاج الأسرى وسيكولوجية الذات ، مرجع سبق ذكره ، ص ٦٤ .

والاتصال في الاسرة عبارة عن تفاعل مجزئات النسق الاسرى مع بعضها البعض من ناحية وتفاعلها مع الانساق الاخرى في المجتمع من ناحية اخرى ، وإذا استطاع النسق الاسرى ان يتفاعل تفاعلاً سليماً مع أفرادها فإنه يمكن القول بأنه يستطيع ان يحقق تفاعلاً سليماً مع الانساق الاخرى في المجتمع .

وتتضمن عملية الاتصال عناصر رئيسية هي المرسل والمستقبل ، الرسالة ، الاداة ، رد الفعل ، ويقوم المرسل بتحديد نوع الرسالة وتحديد مستقبلها ، وفي ضوء ذلك يتم اختيار رموز الرسالة ولغتها والفيئات المتعددة المستخدمة في الاتصال والتي تحمل هذه الرسالة ، ثم بعد ذلك الاثر الذي تحدثه الرسالة او ورد الفعل وهي استجابة المستقبل للرسالة حسب فهم الرموز والمضامين^(١) .

وقد استفاد العلاج الاسرى من نظرية الاتصال في فهم ومعرفة العلاقات الاسرية ، وطبيعة الاتصالات داخل الاسرة وتوجيه هذه الاتصالات بما يحقق اهداف العلاج ، ومعرفة وتحديد قنوات الاتصالات داخل الاسرة وتوجيه هذه الاتصالات بما يحقق اهداف العلاج ، وما هي الرسائل والموضوعات التي يمكن ان تناقش في الاسرة ككل او تلك التي يجب ان تناقش بين انساق فرعية معينة في الاسرة^(٢) .

اهداف العلاج الاسرى في المجال النفسى :
نظراً لأن الضغوط النفسية والاجتماعية والاقتصادية وغيرها والتي يتعرض لها الاسرة وخاصة في ظل الازدحام العالمية الراهنة والتي قد تؤدي الى تحطيم القيم الاسرية الراسخة وإلى كثرة الصراعات واضطراب العلاقات وتعارض الرغبات

(١) زيدان عبد القادر ، وسائل واساليب الاتصال في المجالات الاجتماعية والتربوية والإدارية والإعلامية ،

مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة ، ط ٢ ، ١٩٧٩ ، ص ٢١ .

(٢) زينب حسين ، أبو العلا ، العلاج الاسرى في خدمة الفرد كمدخل اجتماعي لتحقيق الترفيق النفسى والاجتماعى للطلاب المتعاطين العقاقير المخدرة ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٢١ .

والدوافع والحاجات وأزدياد القلق والتوترات ، فقد أتجه العلاج الاسرى إلى ما يلى: (١)

- ١ - محاولة تحقيق الانسجام والتوازن فى العلاقات بين أعضاء الاسرة .
- ٢ - تقوية القيم الاسرية الايجابية وازعاف السلبية منها لدى أعضاء الاسرة .
- ٣ - العمل على تحقيق نمو الشخصية وآدائها فى جو اسرى مشبع .

استراتيجيات الاسرى :

هناك ثلاث استراتيجيات يمارس من خلالها العلاج الاسرى وتتفق أغلب وجهات النظر حولها وفيما يلى عرضاً لهذه الاستراتيجيات :

١ - الاستراتيجية الاولى :

وتتمثل فى بناء الاتصالات وتوظيف مفاهيم نظرية الاتصال .تحسين عمليات الاتصال ، ويتضمن ذلك فتح قنوات اتصال جديدة أو إعادة فتح قنوات كانت موجودة، أو إعادة توزيع المسئوليات المحملة على بعض القنوات مما يلفت نظر المعالج الاسرى إلى ضرورة التغيير لإعادة توزيع المسئوليات مما يتيح فرصة لايجاد اتصال أكثر فاعلية وأقل ضغطاً على بعض القنوات وتخفيف حدة الضغط على بعض الأشخاص " . (٢)

" وتتأثر أنواع العلاقات بين أفراد الاسرة بحجم الاسرة حيث أن زيادة عدد أفرادها يزيد من عدد الاتصالات الممكنة والتي يمكن إستخدامها فى الخطة العلاجية وفى نفس الوقت تكون الموارد المتاحة أقل من تلبية معظم الاحتياجات الضرورية

(١) حامد عبد العزيز الفقى ، مفاهيم العلاج النفسى الاسرى : النشأة والتطور ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٢ .

(2) Howard Coldstein, Social work practice a unitary approach, columbia, south carolina un. of south carolina press, 1973, p,163 .

لافراد الاسرة ففي الوقت الذى تكون الاسرة الكبيرة بها فرص اتصال أكثر الا أن الطاقة المتاحة أقل من الطاقة المطلوبة " (١).

٢ - الاستراتيجية الثانية : تعديل وبناء القيم :

تتعلق هذه الاستراتيجية بتغيير القيم وإعادة بنائها ، مع الإبقاء على القيم الصالحة والتي تحفظ للأسرة كيانها واستقرارها .
 " وعلى الاخصائى الاجتماعى الممارس أن يحدد أوجه التشابه والاختلاف بين قيم الأسرة وقيم المجتمع ومدى مرونه نسق الأسرة فى التأثير والتأثر بالانساق الأخرى فى المجتمع ومسايرة التطور الطبقى للبناء الثقافى والقيمى فى المجتمع ، ويلاحظ أن القيم قد تكون سببا فى إحداث العديد من المشكلات " (٢) .

وتستمد الأسرة عادة قيمتها من دينها وثقافتها ، والأسرة المتماسكة هى التى تستطيع أن تحافظ على البناء القيمى الخاص بها دون إنتهاك ، وأما إذ تداخل بناء القيم فى الأسرة فإن ذلك يعد نذيراً بحدوث المشاكل إذا لم تسرع الأسرة فى إعادة القيم الصحيحة وتخلصها من القيم السلبية :

٣ - الاستراتيجية الثالثة :

وتتمثل هذه الاستراتيجية فى إعادة التوازن الأسرى عن طريق تحديد المعالج الأسرى لاحتياجات الأسرة بناء على موقفها وهل الأسرة فى حالة استقرار أم أنها تواجه متطلبات تتفق والتغيرات الحادثة فى المجتمع " (٣) .

(١) احسان زكى عبد الغفار ، نموذج مقترح لممارسة الخدمة الاجتماعية ، مرجع سبق ذكره ، ص ١١ .

(٢) زينب حسين ابو العلا ، العلاج الأسرى فى خدمة الفرد كمدخل اجتماعى لتحقيق التوفيق النفسى والاجتماعى للطلاب المتعاطلين العقائير المخدرة ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٢٨ .

(٣) كوثر الحسينى ، العلاقة بين حجم الأسرة والمشكلات المدرسية للتلاميذ مرحلة التعليم الاساسى ، مرجع

سبق ذكره ، ص ٧٩ .

فحينما تواجه الاسرة إحدى المشكلات التي لا تستطيع مواجهتها فان ذلك يؤدي إختلال توازنها وعدم إستقرارها مما يضعف من قوة تأثيرها على أعضائها . ويجب على المعالج الاسرى أن يساعد الاسرة على إستعادة توازنها الذي كانت عليه قبل حدوث المشكلة من خلال مراحل العلاج الاسرى التي سنذكرها فيما بعد .

" ويشير مفهوم التوازن الاسرى . Family Equilibrium إلى إيجاد التخطيط المقصود الهادف إلى تحقيق وتوفير قنوات الاتصال السليمة والتفاعلات الايجابية بين أفراد الاسرة بما يساعدها على تحقيق وظائفها الاساسية بفاعلية " (١) .

مراحل العلاج الاسرى : Family therapy stages

لا يوجد اتفاق بين المعالجين الاسريين حول عدد مراحل العلاج الاسرى وطبيعة ومحتويات هذه المراحل .

وسوف نعرض وجهتي نظر إحداهما ثلاثية المراحل وقام بوضعها . Salvador Minuich والاخرى قامت بوضعها أحسان عبد الغفار منقولة من . Paul watzlartick وهي رباعية المراحل وفيما يلي عرضا لكل منها :

أولا : وجهة النظر الاولى

وهي وجهة نظر ثلاثية المراحل قام بوضعها . Salvador Minuich ويرى أن ممارسة العلاج الاسرى تمر بمرحلة البداية والوسط والنهاية ، حيث يكون ذلك من خلال ما يلي :

(١) محمد شريف صفر ، دراسة تجريبية مقارنة لاستخدام اسلوبى العلاج الاسرى وسيكولوجية الذات عند العلاج مع حالات النزاعات الزوجية ، بحث منشور فى المؤتمر العلمى الأول لكلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٩ - ١٠ ديسمبر ، ١٩٨٧ ، ص ٥ .

١ - مرحلة البداية :

ويبدأ فيها المعالج الاسرى بالتركيز على الشخص صاحب المشكلة ، وكذلك الشخص الذى أتصل به محاولا جذب كل من يرتبط بالمشكلة من أفراد الاسرة للمساهمة الفعالة فى مواجهة الموقف الاشكالى ويحاول المعالج فى هذه المرحلة أيضا الوقوف على موقف الاسرة الراهنة ونشأتها وتاريخها بشكل يتم من خلاله التغييرات المطلوبة والجهود اللازمة لذلك .

٢ - مرحلة الوسط : وهى مرحلة التغيير :

ويحاول المعالج فيها الاتصال بالاسرة ككل للعمل معها وليس الشخص صاحب المشكلة فقط ، ويتيح الفرصة لكل أفراد الاسرة للمشاركة فى الحديث عن خبرات الاسرة وجهة نظرهم فيما تعانيه الاسرة من مشكلات .

وتتجه جهود المعالج فى هذه المرحلة لفتح قنوات اتصال سليمة بين أفراد الاسرة وقبولها لدور المعالج وتعرفها على طبيعة دوره ، ويساعد الاسرة على تغيير العلاقات غير السليمة بين أفرادها وإزالة الصراعات الهدامة داخل الاسرة والعمل على تلاشيها .

ويحاول المعالج الاسرى أن يحقق الاهداف التالية من خلال هذه المرحلة :

١ - تدعيم العلاقات الايجابية داخل الاسرة ومساعدتها على تحقيق الاتصال السوى بين أعضائها .

٢ - مساعدة الاسرة على تحديد قواعد وحدود واضحة لها تساعد على تدعيم هذه العلاقات بين أفرادها .

٣ - مرحلة النهاية :

وهى المرحلة التى يشعر خلالها المعالج أن أعراض مشاكل الاسرة قد إختفت وأن الاسرة أصبحت قادرة على قيادة نفسها بنجاح وأصبحت قادرة على أداء وظائفها الاجتماعية بالشكل المطلوب .

ثانيا : وجهة النظر الثانية :

وهى وجهة نظر ربابية المراحل قامت بوضعها أحسان عبد الغفار منقولة عن . Poul Watzlartick بهدف ممارسة العلاج الاسرى وهى كما يلى :

المرحلة الاولى :

ويبدأ فيها المعالج العمل مع الاسرة ككل بهدف أخذ صورة عامة وأضحة عن الاسرة ومشكلاتها وتوضيح الدور الذى يقوم به من خلال المؤسسة التى يعمل بها ويقوم بشرح وظيفة وأغراض المؤسسة للاسرة .

المرحلة الثانية :

وفيهما يقوم المعالج بإجراء مقابلات فردية أو مشتركة مع الاتساق الفرعية للاسرة حسب طبيعة المشكلة أو الموقف ، بهدف إتاحة الفرصة للأفراد للتعبير عن وجهة نظرهم فى الموقف المشكل بحرية مع مناقشة بعض الموضوعات الخاصة .

المرحلة الثالثة :

ويتابع المعالج خلالها الاهداف التى تم الاتفاق عليها مع الاسرة ^(١) .

(١) احسان زكى عبد الغفار ، نظريات خدمة الفرد ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٧ - ٨ نقلاً عن :

- Paul watzarick, pragmatic of humon communication, Norton Company, inc., N.Y., 1967, pp. 133 - 134 .

المرحلة الرابعة :

فى هذه المرحلة يحاول المعالج أن يتابع تحقيق الاهداف التى سبق وضعها فى المرحلة السابقة

الانتقادات الموجهة للعلاج الاسرى :

للعلاج الاسرى بعض المزايا من أهمها أنه يتيح الفرصة للمعالج الاسرى أن يقف على طبيعة العلاقات والتفاعلات وأنماط الاتصال المختلفة فى الاسرة على الطبيعة كما أن نهاية العلاج الاسرى أسهل من نهاية العلاج الفردى حيث تتعود الاسرة على الاعتماد على نفسها وتناقش مشكلاتها بواقعية وتتعلم كيف تواجه المواقف الصعبة دون الاعتماد على المعالج - إلا أن هناك بعض الانتقادات أو العيوب التى يتسم بها العلاج الاسرى من أهمها أن بعض المعالجين يشترط لى يبدأ العمل مع الاسيرة أن يحضر جميع أفرادها الجلسات العلاجية ، ويعد هذا الشرط خاصة فى المجتمع المصرى الذى يعانى من ظروف إقتصادية صعبة معوقاً للعلاج الاسرى فى حد ذاته حيث أن الأب يعمل ليلاً ونهاراً وكذلك الاولاد ، وأنه لايتوفر لديهم الوقت للحضور وأن عدم الوعى نتيجة لمشكلة الأمية يعد حائلاً دون حضورهم، حيث تعتقد الأسرة أنها ليست هى المريضة ولكن الفرد الذى ظهرت عليه أعراض المشكلة. هو الذى ينبغى أن يتلقى العلاج .

ويرى المؤلف أنه يمكن التغلب على المعوقات التى تحول دون أنظمام الاسرة فى العلاج من خلال القيام ببرامج للتوعية على مختلف المستويات فى شتى وسائل الاعلام المقروءة والمسموعة والمرئية وتضم هذه البرامج المعلومات المختلفة حول أسباب المشكلات الأسرية وطرق علاجها على أن يقوم بذلك أخصائيون اجتماعيون يتسمون بالكفاءة العلمية سواء من أساتذة الجامعات أو الممارسين المهرة .

المراجع

أولاً : المراجع العربية

- ١- ابتسام راشد ، العلاقة بين استخدام طريقة خدمة الجماعة في مجال العلاج النفسي وزيادة النفسى والاجتماعى ، رسالة دكتوراة غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٧ .
- ٢- احسان زكى عبد الغفار واخرون ، خدمة الفرد نظريات وتطبيقات ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٥ ، (مذكرات غير منشورة) .
- ٣- احسان زكى عبد الغفار ، واخرون ، الاتجاهات المعاصرة في خدمة الفرد ، ط١ ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٩١ .
- ٤- احمد حنفى محمود ، العمل الفريقى للخدمات الصحية بالمستشفيات ، دور موقع الاختصاصى الاجتماعى الطبى ، بحث منشور فى المؤتمر العلمى الرابع (ديناميات العمل الفريقى فى مجالات ممارسة الخدمة الاجتماعية) ، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، جامعة القاهرة ، ٢٣ - ٢٥ ابريل ١٩٩١ .
- ٥- احمد عبد الحكيم السنهورى ، اصول خدمة الفرد ، المكتب المصرى الحديث للطباعة والنشر ، الاسكندرية ، ١٩٦٥ .
- ٦- احمد عزت راجح ، اصول علم النفس ، الدار القومية للطباعة والنشر ، ط١ ، الاسكندرية ، ١٩٦٦ .
- ٧- احمد عكاشه ، الطب النفسى المعاصر ، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة ، ١٩٨٨ .
- ٨- اقبال الامير السمالوطى ، معوقات ممارسة الخدمة الاجتماعية فى مجال تعاطى المخدرات ، بحث منشور ، المؤتمر العربى الاول ،

المعهد العالى للخدمة الاجتماعية ، بالقاهرة ، ١٣ - ١٦ ديسمبر
١٩٨٨ .

٩- اقبال محمد بشير ، اقبال ابراهيم مخلوف ، الرعاية الطبية والصحية ودور
الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية ، د.
ت ، ٢ .

١٠- اقبال محمد بشير ، سامية محمد فهمى ، ممارسة الخدمة الاجتماعية فى
المجال النفسى ، المكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية ، ١٩٨٥ .
١١- الزين عباس عمارة ، مدخل الى الطب النفسى ، دار الثقافة ، بيروت ، ط ١ ،
١٩٨٦ .

١٢- ترجمة محمود الزيدى ، علم نفس الشواذ ، دار النهضة العربية ، القاهرة ، د.ت.
١٣- حامد عبد السلام زهران ، الصحة النفسية والعلاج النفسى ، مكتبة عالم
الكتب ، ١٩٧٤ .

١٤- حامد عبد العزيز الفقى ، مفاهيم العلاج النفسى الاسرى وانماط التفاعل داخل
الاسرة المريضة ، النشأة والتطور ، حوليات كلية الاداب ،
جامعة الكويت ، الرسالة الرابعة والعشرين ، الخولية الخامسة ،
١٩٨٤ .

١٥- دافيد . ف . شيهان ، ترجمة عزت شعلان ، مرض القلق ، عالم المعرفة ،
المجلس الوطنى للثقافة والفنون والاداب ، الكويت ، ابريل ،
١٩٨٨ .

١٦- رفعت عبد الباسط محمود ، دراسة تقويمية لدور الاختصاصى الاجتماعى مع
فريق العمل فى مجال رعاية الشباب ، بحث منشور فى المؤتمر
العلمى الرابع لكلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم ، جامعة القاهرة ،
٢٣ - ٢٥ ابريل ١٩٩١ .

- ١٧- زهير احمد السباعي ، القلق مرض العصر : كيف نعالجه بالقرآن ؟ مجلة النفس المطمئنة ، الجمعية العالمية الاسلامية للصحة النفسية ، السنة السادسة ، العدد ٢٢ ، ابريل ١٩٩٠ .
- ١٨- زيدان عبد الباقي ، وسائل وأساليب الاتصال في السجلات الاجتماعية والتربوية والادارية والاعلامية ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة ، ط ٢ ، ١٩٧٩ .
- ١٩- زين العابدين محمد علي رجب ، الاضطرابات السيکوسوماتية بين اسلوبى العلاج الاسرى وسيکولوجية الذات ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٨ .
- ٢٠- القرآن الكريم .
- ٢١- عادل محمد موسى ، جوهر ، المشكلات الفردية الناتجة عن البطالة لدى عينة من الشباب خريجي الجامعة وتصور مقترح لدور خدمة الفرد في مواجهتها ، بحث منشور في المؤتمر العلمى الثالث لكلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٩ - ١١ ديسمبر ١٩٨٩ .
- ٢٢- عادل محمد موسى جوهر ، العلاقة بين ممارسة نظرية الدور في خدمة الفرد وأثر ذلك على الاداء الاجتماعى لمتعاطى الحشيش ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٧ .
- ٢٣- عبد الحميد عبد المحسن عبد الحميد ، خدمة الجماعة أسس وعمليات ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، القاهرة ، ١٩٨٨ .
- ٢٤- عبد الرحمن العيسوى ، الاسلام والعلاج النفسى ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٠ .
- ٢٥- عبد الرحمن العيسوى ، امراض العصر : الامراض النفسية والعقلية والسيکوماتية ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، ١٩٩٠ .

٢٦- عبد الروؤف ثابت ، الطب النفسى المبسط ، دار النهضة العربية ، القاهرة ، ١٩٦٥ .

٢٧- عبد العزيز القوصى ، أسس الصحة النفسية ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة ، ١٩٧٥ .

٢٨- عبد العزيز فهمى النوحى ، نظريات خدمة الفرد ، الجزء الثانى ، دار الثقافة للطباعة والنشر ، القاهرة ، ١٩٨٣ .

٢٩- عبد العزيز فهمى النوحى ، نقد النموذج الطبى فى تفسير السلوك غير السوى ، بحث منشور ، المؤتمر العلمى الثالث ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٩ - ١١ ديسمبر ١٩٨٩ .

٣٠- عبد الفتاح عثمان ، المدارس المعاصرة فى خدمة الفرد ، نحو نظرية جديدة للمجتمع العربى ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٧٨ .

٣١- عبد الفتاح عثمان وآخرون ، مقدمة فى الخدمة الاجتماعية ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٨٥ .

٣٢- عبد الناصر عوض أحمد خبيل ، العلاقة بين ممارسة أسلوب العلاج الاسرى مع حالات النزاعات الزوجية وبين الاداء الاسرة لوظائفها ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٥ .

٣٣- على احمد على ، الاسس النظرية والتطبيقية للصحة النفسية ، مكتبة عين شمس ، القاهرة ، د . ت ، ص ١٠ .

٣٤- عمر شاهين ، يحيى الرخاوى ، مبادئ الامراض النفسية ، مكتبة النصير الحديثة ، القاهرة ، ١٩٧٧ .

٣٥- فاطمة مصطفى الحارونى ، خدمة الفرد فى محيط الخدمات الاجتماعية ، مكتبة القاهرة الحديثة ، ١٩٧٠ .

- ٣٦- فخرى الدباغ ، اصول الطب النفساني ، دار الطليعة للطباعة والنشر ، بيروت ، ط ٣ ، ١٩٨٣ .
- ٣٧- فرج امين ، عن المشكلة وكلمات في اذن اسرة المريض النفسى ، " بحث منشور " فى مجلة الصحة النفسية ، السنة الخامسة عشرة ، العدد الرابع ، يوليو ، أغسطس ، .
- ٣٨- كمال سعيد صالح ، البحث الاجتماعى فى الخدمة الاجتماعية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٤ .
- ٣٩- كمال عبد المحسن البنا ، الغربية وعلاقتها بالاغراض السيكوسوماتية ، بحث منشور فى المؤتمر العلمى الرابع " ديناميات العمل الفريقى فى مجالات ممارسة الخدمة الاجتماعية " ، ٢٣ - ٢٥ ابريل ١٩٩١ ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة .
- ٤٠- كوثر محمد الحسينى ، العلاقة بين حجم الاسرة والمشكلات المدرسية لتلاميذ مرحلة التعليم الاساسى ودور خدمة الفرد فى علاج تلك المشكلات ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٥ .
- ٤١- محمد ابو العلا احمد ، علم النفس ، مكتبة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٨١ .
- ٤٢- محمد الجومرى ، المدخل الى علم الاجتماع ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، القاهرة ، ١٩٨٦ .
- ٤٣- محمد السيد الهابط ، التكيف والصحة العامة ، المكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية ، ١٩٨٢ .
- ٤٤- محمد بهاء الدين بدر الدين ، العمل مع الجماعات فى محيط الخدمة الاجتماعية مع المرضى العقلين ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٧٨ .

- ٤٥- محمد شريف صفر ، دراسة تجريبية مقارنة لاستخدام اسلوبى العلاج الاسرى
وسيكولوجية الذات عند العلاج مع حالات النزاعات الزوجية ،
بحث منشور فى المؤتمر العلمى الاول لكلية الخدمة
الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٩-١٠ ديسمبر ، ١٩٨٧ .
- ٤٦- محمد شريف صفر ، واخرون ، خدمة الفرد بين النظرية والتطبيق ، مذكرات
غير منشورة ، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالقاهرة ،
١٩٨٥ .
- ٤٧- محمد شريف صفر واخرون ، نبوءة النظرية فى خدمة الفرد ، المعهد
العالى للخدمة الاجتماعية بكفر الشيخ ، ١٩٨٦ .
- ٤٨- محمد شمس الدين احمد ، العمل مع الجماعات فى محيط الخدمة الاجتماعية ،
مطبعة مؤسسة يوم المستشفيات لتأهيل المعوقين ، القاهرة ،
١٩٨٣ .
- ٤٩- محمد عاطف غيث ، قاموس علم الاجتماع ، دار المعرفة الجامعية ،
الاسكندرية ، ١٩٨٨ .
- ٥٠- مصطفى فهمى ، علم النفس الاكلينيكي ، مكتبة مصر ، القاهرة ، ١٩٦٧ .
- ٥١- نبيل محمد صادق ، استخدام طريقة تنظيم المجتمع فى تنشيط دور المجالس
المحلية ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، كلية الخدمة
الاجتماعية ، حلوان ، ١٩٨٠ .
- ٥٢- وفاء محمد فضلى ، العلاقة بين توفير العلاج الاجتماعى وتطور حالات
الاكتئاب ، " غير منشورة " كلية الخدمة الاجتماعية " ،
جامعة حلوان ، ١٩٨٥ .

ثانياً : المراجع الأهميية :

- 1- Goldenberg, I. and H. Goldenberg, Family therapy an everview, california a Brook, cole publishing company, 1980, p.85 ..
- 2- Herbert S. strean, Role Theory, in Francis J. Turner (ed.), in Social work Theatment, N.Y., The Free Press, 1974, P.314 .
- 3- Howard Coldstein, Social work practice a unitary approach, columbia, south carolina un. of south carolina press, 1973, p.163 .
- 4- I rving A. Spergel, Community Problem Solving, the delinquency Problem- Chicago, the university of chicage Press, 1967, P.3 .
- 5- Ralph Kramer and Harry Speckt, Reading in Community Organization Practice, Prentice Hall, N.J., 1969, P.257.

رقم الايداع

٩٨/٣٠٠٧

I.S.B.N

977 - 5609 - 88 - 7

حقوق الطبع والنشر والتوزيع للناسر

